# PIELĘGNIARKA POLSKA

## MIESIĘCZNIK POLSKIEGO STOWARZYSZENIA PIELĘGNIAREK ZAWODOWYCH

Rok X 1938 Nr 12

**Miłość ziemska świętego ideału i miłość nadziemska ma głos, który jeszcze silniej do duszy przemawia niźli sama wiedza. Lecz nie przeciwstawiajmy miłości i wiary rozumowi i wiedzy, raczej wzajem je powiążmy... Wtedy to myśl połączy się z kulturą duchową; wtedy to wiedza polska i polska kultura jednym się staną.**

(Arcybiskup Teodorowicz)

# Pielęgniarka Polska Nr. 12

TREŚĆ:



# L'Infirmière Polonaise Nr. 12

SOMMAIRE:




**Adres Redakcji i Administracji „Pielęgniarki Polskie“:**

**Kraków, ul. św. Tomasza 37. Konto P K O 409-450**

**Cena prenumeraty:**

**płatna z góry na cały rok 6 zł., opłata kwartalna 2 zł., miesięczna 70 gr.**


**Prenumeratorzy, którzy**

*nie wyrównają do końca grudnia należytości*

**za pobierane pismo w r. b.**

*nie mogą korzystać ze zniżki 25%*

**przy późniejszym wpłacaniu należytości.**

Rok X Grudzień 1938 Nr 12

# PIELĘGNIARKA POLSKA

CZASOPISMO POLSKIEGO STOWARZYSZENIA PIELĘGNIAREK ZAWODOWYCH

WYCHODZI POD REDAKCJĄ HANNY CHRZANOWSKIEJ I MARII STAROWIEYSKIEJ



## Szpitale i pielęgniarstwo szpitalne w Polsce

### Na marginesie Pierwszej Polskiej Wystawy Szpitalnictwa (10. IX. — 10. X. 1938)

To, co oglądaliśmy na Pierwszej Polskiej Wystawie Szpitalnictwa, urządzonej w Warszawie pod protektoratem p. premiera Składkowskiego przez Komitet, w skład którego weszli przedstawiciele i przedstawicielki ministerstw: Opieki Społecznej, Spraw Wojskowych, Spraw Wewnętrznych, Przemysłu i Handlu; Zarządu m. Warszawy, uniwersytetów, izb lekarskich, Państwowej Szkoły Higieny, P. C. K., Z. U. S., wojewódzkich wydziałów zdrowia, szkół pielęgniarstwa, Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Zawodowych i t. d. i t. d. — napełniało zwiedzających głęboką troską, ale i otuchą zarazem. Troską, że szpitalnictwo w Polsce było dotąd traktowane po macoszemu, otuchą, że skoro zdano sobie sprawę ze smutnej rzeczywistości, przyszłość musi być lepsza. I jeśli zamiarem organizatorów wystawy było stworzenie przez nią zaczątku Polskiej Wystawy Zdrowia, która ma wejść w skład Wielkiej Wystawy w Warszawie w roku 1943 — to należy ufać, na podstawie dotychczasowego dorobku, że ujrzymy na tej ostatniej ogromny postęp w dziedzinie szpitalnictwa.

Już sam fakt umieszczenia wystawy w nowobudującym się olbrzymim gmachu szpitala wojskowego przy Alei Niepodległości symbolicznie świadczył o zamiarach na przyszłość, na pełną rozmachu linię, na którą wkracza nasze szpitalnictwo. Zapowiadają tę lepszą przyszłość i nowopowstałe zakłady lecznicze, których modele i fotografie oglądać można było w wielu sekcjach wystawy. Szpital SS. Miłosierdzia w Gdyni, Sanatorium Wychowawczo-lecznicze w Istebnej, Sanatorium Zarządu Miejskiego m. Warszawy w Otwocku, kilka szpitali Zakładu Ubezpieczeń Społecznych i wiele, wiele innych, zdają się świadczyć o tym, że nareszcie zagadnienie szpitalnictwa zdobywa sobie u nas należyte miejsce. Świadczył o tym również dział budownictwa szpitalnego, który dzięki planom architektów-specjalistów wskazywał, jak ma

być zbudowany nowoczesny szpital z uwzględnieniem wszelkich wymogów, a też rozwijający się niezmiernie polski przemysł szpitalny, na który Wystawa położyła szczególny nacisk.

Jakże się szpitalnictwo polskie przedstawia w cyfrach w chwili obecnej? Oto, co nam powiedziały barwne, pomysłowe, znakomicie pod względem technicznym opracowane tablice naukowo-dydaktycznej sekcji wystawy:

Odzyskawszy niepodległość, Polska rozporządzała liczbą 41.000 łóżek, a więc na 10 tysięcy mieszkańców przypadało 15,6 łóżek. Statystyka z roku 1937 podaje wzrost liczby łóżek szpitalnych — jest ich 72.247,




Wystawa Szpitalnictwa: fragment hallu

bezwzględna liczba łóżek wzrosła więc znacznie, względna jednak, wobec przyrostu ludności, wzrosła minimalnie:

**na 10.000 mieszkańców przypada 21,1 łóżek.**

Tymczasem na 10 tys. mieszkańców
Niemcy mają 97 łóżek,
Norwegia ma 82 łóżka,
dawna Austria miała 77 łóżek.
Zaś Szwajcaria posiada na 10.000 mieszkańców 106 łóżek!

A jeżeli odliczyć od liczby łóżek szpitalnych w Polsce psychiatryczne i sanatoryjne, to pozostanie ich zaledwie **52.580!**

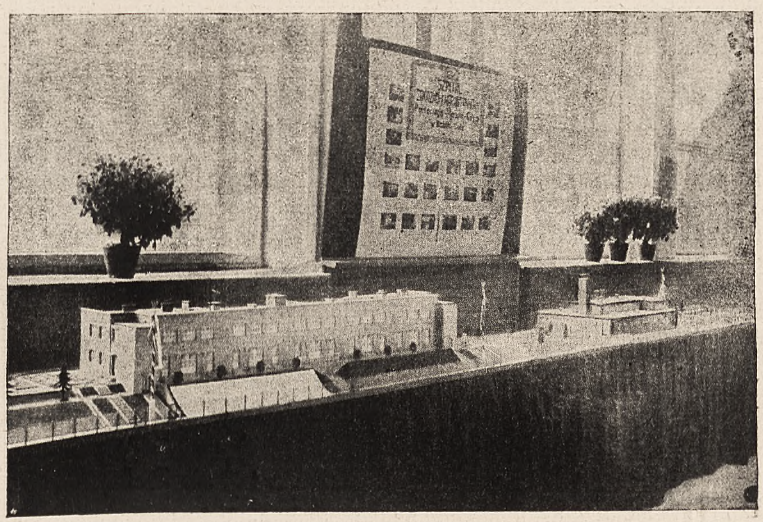
Tymczasem, licząc po 2 łóżka na 1000 mieszkańców wsi i po 5 na 1000 mieszkańców w mieście,

**powinniśmy posiadać 90.000 łóżek,** a więc
**brak nam łóżek 40.000!**

Ta znikoma ilość łóżek jest do tego źle rozmieszczona i mało przy tym dostępna dla przeważnej liczby ludności. 29 powiatów nie posiada wcale szpitali! 24 miliony ludności ma utrudniony dostęp do szpitali! Cierpi na tym przede wszystkim chłop, któremu brak w pierwszym rzędzie pomocy

w nagłych wypadkach, w położnictwie i w ostrych chorobach zakaźnych. Toteż na wielkiej tablicy ozdobionej po jednej stronie postacią szarytki, a po drugiej dyplomowanej pielęgniarki świeckiej — widniał wielki napis: **„Trzeba zbliżyć szpitale do ludności!"**

Nieproporcjonalnie mało łóżek jest w województwach wschodnich. Ani jednego łóżka dla psychicznie chorych w województwie kieleckim, nowogródzkim, poleskim, stanisławowskim, tarnopolskim, w województwie wołyńskim — 6! Brak łóżek dziecięcych w województwach wschodnich. Najwięcej łóżek posiada województwo śląskie — 10.174 (na milion dwieście dziewięćdziesiąt pięć tysięcy mieszkańców) w 55 zakładach leczniczych.



Model Szpitala Kwarantannowego w Gdyni w Babim Dole

A jak się przedstawia sprawa łóżek dla chorych na gruźlicę? Mamy ich zaledwie, w szpitalach i sanatoriach, 8.318 i około 2.000 w prewentoriach, liczba znikoma, a trzeba zaznaczyć, że wieś prawie z sanatoriów nie korzysta.

Szczegółowo zobrazowała wystawa szpitalnictwo stołeczne. Liczba łóżek w Warszawie stanowi 11% wszystkich łóżek szpitalnych w Polsce, podczas gdy ludność Warszawy stanowi 3% ludności całej Polski. W roku 1937/38 Zarząd Miejski rozporządza 6.458 łóżkami — liczba całkowicie niewystarczająca. Przedmieścia w ogóle szpitali nie mają. Toteż

**za lat 4 Warszawa potrzebuje 12.000 łóżek,**
**za lat 25 — 16.000 łóżek,**

czyli 1 łóżko na 100 mieszkańców, a nie, jak do tej pory, jedno na 155 mieszkańców. Na ten dwudziestopięcioletni okres Warszawie potrzeba **90 milionów złotych!**

Niedawno pewien chory na gruźlicę obszedł kilka szpitali warszawskich. Wszędzie go odsyłano — z braku miejsca. W końcu, znowu spotkawszy się z odmową, rzucił się na lekarza dyżurnego, pobił go i uciekł, zanim zdążyła nadejść policja. Tego samego dnia siedemdziesięcioletni chory staruszek odbywał z przekazem Opieki Społecznej w ręku taką samą wędrówkę,

od siódmej rano do późnego wieczora. Odmawiano mu wszędzie — z braku miejsca. Nie rzucił się na nikogo, tylko umęczony do ostatka, poskarżył się: „biłem się za Polskę, a teraz nawet nie mam kąta, gdzie by umrzeć". Takie fakty zdarzają się co dzień, znają je dobrze pielęgniarki Warszawy i całej niemal Polski. Do Szpitala im. Karola i Marii w Warszawie, według dostarczonych nam uprzejmie przez Dyrekcję szpitala informacji, w r. 1937/38 (od kwietnia do kwietnia) przyjęto 2864 dzieci, a odmówiono przyjęcia 3636 dzieciom. Mimo to, że dla umożliwienia dostępu do szpitala jak największej liczbie dzieci, skrócono przeciętny okres pobytu dziecka w szpitalu z trzech tygodni na dwa. A od kwietnia do końca września b. r., w ciągu pół roku, przyjęto dzieci 1675, a z braku miejsca odmówiono przyjęcia 2460 dzieciom — ciężko chorym! Obyż plan rozszerzenia miejsc szpitalnych zapobiegł jak najszybciej tej nędzy!

Ile i jakich pielęgniarek pracuje przy chorych w zakładach leczniczych? Odpowiedź na to znaleźć było można w pokoju, urządzonym przez sekcję pielęgniarską wystawy, gdzie między łóżkami posłanymi z uwzględnieniem wszelkich wygód chorego, między fotografiami z pracy pielęgniarskiej, tacami przygotowanemi do wykonania wszelkiego rodzaju zabiegów, widniały tablice, ilustrujące rozwój i stan obecny naszego pielęgniarstwa.

Szpitalne pielęgniarstwo w Polsce stoi pod znakiem zakonów. Oto, jak się ta sprawa przedstawia:



**Pielęgniarstwo zakonne w Polsce w r. 1938 obsługuje 265 szpitali i 35.617 łóżek.**

| Województwa | Ilość szpitali | Ilość łóżek |
|---|---|---|
| Poznańskie | 49 | 4767 |
| Warszawskie | 35 | 7385 |
| Śląskie | 27 | 3296 |
| Pomorskie | 30 | 3520 |
| Lwowskie | 24 | 5240 |
| Krakowskie | 21 | 3871 |
| Łódzkie | 19 | 1885 |
| Lubelskie | 18 | 2042 |
| Kieleckie | 14 | 1306 |
| Tarnopolskie | 10 | 865 |
| Stanisławowskie | 10 | 968 |
| Białostockie | 4 | 260 |
| Wołyńskie | 2 | 62 |
| Poleskie | 2 | 140 |



**Udział poszczególnych zgromadzeń w pielęgniarskiej pracy szpitalnej**

| Zakon | Liczba łóżek | Liczba szpitali | Zakon | Liczba łóżek | Liczba szpitali |
|---|---|---|---|---|---|
| S. S. Szarytki . . . . | 21547 | 118 | O. O. Bonifratrzy . . | 840 | 7 |
| S. S. Elżbietanki . . . | 2020 | 28 | S. S. św. Elżbiety . . | 650 | 6 |
| S. S. Boromeuszki . . | 1681 | 18 | S. S. Sercanki . . . | 1185 | 11 |
| S. S. Franciszkanki Rodziny Marii . . . | 773 | 15 | S. S. Najśw. Marii Panny z Katowic . | 138 | 2 |
| S. S. Służebniczki Najśw. Marii Panny | 1104 | 13 | S. S. Benedyktynki . . | 370 | 2 |
| S. S. Służebniczki Bogurodzicy Dziewicy z Dębicy . . . . . | 2529 | 9 | S. Służebniczki ze Starej Wsi . . | 1020 | 14 |
| S. S. Serafitki . . . . | 900 | 7 | S. S. Pasjonistki . . | 370 | 7 |
| S. S. Józefitki . . . . | 390 | 7 | S. S. Misjonarki św. Rodziny . . . | 100 | 1 |

A teraz jak wygląda ogólna liczba pielęgniarek szpitalnych? Przepisałyśmy dla Czytelników „Pielęgniarki Polskiej" cyfry wiele mówiące. Przy tym zaznaczamy, że „liczba pielęgniarek" obejmuje wszystkie osoby pielęgnujące, absolwentki szkół zakonne i świeckie, pielęgniarki ze zdanym egzaminem według Ustawy zakonne i świeckie, oraz osoby, które egzaminu nie zdawały, bądź dlatego, że jeszcze nie zdążyły, bądź dlatego, że nie mają uprawnień przystąpienia do egzaminu.

## PIELĘGNIARKI PRACUJĄCE W SZPITALACH w roku 1936/1937

| Województwa | Ilość łóżek | Liczba pielęgniarek |
|---|---|---|
| Miasto Warszawa | 5898 | 371 |
| Warszawskie | 8856 | 867 |
| Łódzkie | 6292 | 459 |
| Kieleckie | 3476 | 199 |
| Lubelskie | 3234 | 220 |
| Białostockie | 2976 | 128 |
| Wileńskie | 2905 | 168 |
| Nowogródzkie | 771 | 51 |
| Poleskie | 1139 | 76 |
| Wołyńskie | 1334 | 87 |
| Poznańskie | 9487 | 842 |
| Pomorskie | 6036 | 587 |
| Śląskie | 9955 | 894 |
| Krakowskie | 8810 | 441 |
| Lwowskie | 8540 | 316 |
| Stanisławowskie | 1404 | 65 |
| Tarnopolskie | 1060 | 59 |

Na podstawie danych powyższych obliczamy, że w najlepszym wypadku jedna osoba pielęgnująca przypada na dziesięciu chorych, w najgorszym —

jedna na 23 chorych. A przecież jedna pielęgniarka nie pracuje całej doby, i wziąwszy za podstawę obliczenia dwie zmiany (dwunastogodzinne dyżury) otrzymamy w najlepszym wypadku 20 chorych na jedną pielęgniarkę, a w najgorszym — 46 chorych. Jeżeli oprzemy się na ośmiogodzinnym dniu pracy, to jest na trzech zmianach na dobę, to wypadnie, że w najlepszym wypadku jedna pielęgniarka czuwa nad 30 chorymi, a w najgorszym nad 69! *) Tymczasem według obliczeń Wydziału Szpitalnictwa m. Warszawy przeciętna dobowa ilość chorych na pielęgniarkę wynosić powinna 5 (piętnastu przy trzech zmianach)!



Pokój pielęgniarski

Jak tu mówić o właściwym pielęgnowaniu? Czy można się dziwić, że się zdarzają w naszych szpitalach rzeczy przerażające? W jednym ze szpitali prowincjonalnych chłopcu, mającemu unieruchomione obie ręce „pielęgniarka"-posługaczka stawiała talerz z zupą na piersiach, nie zatroszczywszy się, co dalej będzie — chłopak chłeptał zupę językiem, jak pies. Gdzieindziej w taki sam sposób aparat do inhalacji postawiono na chorej — aparat się wywrócił, pościel zaczęła płonąć — ugasiła ją sąsiadka, z ciężkim schorzeniem serca. Ileż razy „pielęgniarki" chorym z cukrzycą czy z wrzodem żołądka, pozostającym od tygodni na diecie dają z okazji Wielkanocy czy innego święta najeść się ciasta i kiełbasy „z litości i z dobrego serca"! Chory nieoświecony, nie rozumiejący konieczności diety, objada się z przyjemnością, a lekarz dziwi się skąd tak nagła zmiana w analizach i samopoczuciu? A iluż chorych nawet spośród inteligencji, nie mając do

*) Obliczenie to jest tylko schematyczne, gdyż podział chorych między pielęgniarką nocną a dzienną nie jest równy, w nocy przypada na pielęgniarkę większa liczba chorych niż w dzień. Poza tym są różne normy liczbowe zależnie od rodzaju oddziału.

czynienia z wyszkoloną pielęgniarką, uważa brud w łóżku i odleżyny za zło konieczne!

Pielęgniarek-absolwentek szkół pielęgniarstwa (zakonnych i świeckich) pracowało w szpitalach w roku 1937 zaledwie 694 — jest to tylko cząstka ogółu zatrudnionego w zakładach leczniczych! Brak danych — z powodu nieukończonej rejestracji, jaki odsetek pielęgniarek nie absolwentek zdał egzamin z pielęgniarstwa, wiemy tylko, że spośród sióstr zakonnych pielęgnujących zdało egzamin (lipiec 1938) już 71%.

Podajemy jeszcze jedną tablicę przepisaną na wystawie dla Czytelników „Pielęgniarki Polskiej“. Obrazuje ona przyrost absolwentek od chwili, w której pierwsze szkoły zaczęły wypuszczać je w świat, aż do roku 1937.

---

Cyfry powyższe dotyczące pielęgniarek, muszą doprowadzić do bardzo prostych wniosków: trzeba nam znacznie wzmóc liczbę szkół, oczywiście




Z działu naukowo-dydaktycznego

## Przyrost pielęgniarek z uznanych szkół pielęgniarstwa w 1923 — 1937

| | 1923 | 1924 | 1925 | 1926 | 1927 | 1928 | 1929 | 1930 | 1931 | 1932 | 1933 | 1934 | 1935 | 1936 | 1937 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Szpitalne pielęgniarki pracujące przy chorych w zakładach leczniczych i domach prywatnych | 6 | 29 | 32 | 47 | 69 | 105 | 136 | 178 | 248 | 320 | 398 | 512 | 552 | 610 | 694 |
| Społeczne pielęgniarki, zatrudnione w pielęgniarstwie społecznym | 4 | 13 | 27 | 29 | 56 | 83 | 106 | 150 | 171 | 187 | 226 | 270 | 297 | 360 | 418 |
| Szkolne pielęgniarki, zatrudnione w szkołach pielęgniarstwa i kursach pielęgniarskich | 8 | 11 | 25 | 33 | 35 | 40 | 54 | 55 | 62 | 72 | 69 | 72 | 82 | 95 | 118 |
| Administracyjne pielęgniarki pełniące funkcje administracyjne i nadzorcze | — | — | — | 2 | 3 | 5 | 9 | 14 | 14 | 14 | 14 | 19 | 23 | 23 | 27 |
| Nie zatrudnione, nie pracujące w pielęgniarstwie, pracujące poza granicami kraju, czekające na pracę | 6 | 15 | 15 | 26 | 27 | 39 | 62 | 53 | 84 | 90 | 128 | 136 | 180 | 216 | 245 |
| Ogółem | 24 | 68 | 99 | 137 | 190 | 272 | 367 | 450 | 579 | 683 | 835 | 1009 | 1134 | 1304 | 1502 |

szkół, opartych o Ustawę o Pielęgniarstwie, aby polepszyć los chorych w szpitalach już istniejących, i aby zapewnić chorym opiekę w szpitalach, które mają powstać. Kandydatek na pielęgniarki jest mnóstwo, szkoły dzisiejsze nie mogą przyjąć ich wszystkich, chociaż robią maksymalne wysiłki, aby wypuszczać każdego roku jak największą liczbę absolwentek, których przecież trzeba nie tylko do szpitali, ale i do pracy społecznej.

A ponieważ, jak widzieliśmy, szpitale w Polsce w znacznej przewadze powierzone są siostrom zakonnym — przeto z całego serca życzyć sobie należy jak największej liczby powołań.

*H. Chrzanowska*

---

# Służba społeczna w szpitalu

**Odczyt, wygłoszony na pierwszym posiedzeniu plenarnym I Ogólnopolskiego Zjazdu w sprawach Szpitalnictwa**

Pojęciem „szpitala“ oznaczamy zwykle instytucję leczniczą, której części składowe stanowią: chorzy, lekarze, pielęgniarki, administracja. Lekarz, pielęgniarka, administracja... cały zakres ich czynności, cały świat ich zainteresowań zaczyna się i kończy w obrębie murów i terytoriów szpitala....

Zupełnie inaczej czuje i myśli chory: przychodzi on do szpitala z zewnątrz, przychodzi, mając już za sobą pewien mniej lub więcej długi okres życia, całą swoją przeszłość ze wszystkimi jej radościami i bólami, z tym wszystkim, co złożyło się na powstanie jego choroby; wychodząc ze szpitala wraca do domu, aby nawiązać przerwany chwilowo bieg swego bytu ze wszystkimi jego troskami, trudami, wysiłkami, ciężarami.

Codzienność chorego szpitalnego, pomimo, iż choroba i jej dolegliwości, uciążliwość leczenia, nadzieje z nim związane, obawy o jego wynik pochłaniają nieomal całkowicie uwagę chorego, nie zamyka się jednakże w murach szpitala: ciężka troska o byt pozostałej bez jego opieki rodziny i o jej przyszłość nie daje mu spokoju, powoduje depresję, do udręki fizycznej dodaje znacznie trudniejszą do zniesienia udrękę moralną, która tak źle wpływa na proces leczenia i tak bardzo zmniejsza efekt pracy lekarza szpitalnego.

Twórca nowoczesnej metody służby społecznej w szpitalu, wielki lekarz społecznik, Ryszard Cabot, zwraca uwagę, iż „w stanie zdrowia każdy osobnik znajduje się w posiadaniu nie tylko swej otoczki cielesnej, ale otacza go również atmosfera społeczna i atmosfera duchowa.

„Znajdujący się w szpitalu pacjent jest całkowicie odcięty od społecznych i duchowych podniet jego otoczenia i zostaje samotny, odosobniony, wśród otoczenia nastawionego, jak mu się zdaje, wyłącznie na sprawy fizyczne.

„My, co spędzamy wiele czasu w szpitalu — mówi dalej Cabot — wpadamy w niebezpieczeństwo niemożności oglądania go oczyma człowieka chorego, który po raz pierwszy wchodzi w jego progi; lekarzom i pielęgniarkom szpital bardzo szybko zaczyna się wydawać zupełnie naturalnym miejscem pobytu, przypominającym im bez mała mieszkanie. Ale dla chorego wszystko co tam widzi, jest niezwykle odpychające, straszne. Już sam

widok tak wielu chorych, zgromadzonych na łóżkach oddziału szpitalnego sprawia półświadome, a dlatego szczególnie niepokojące wrażenie, iż cały świat jest chory, że jest on cały doliną płaczu, pełną grozy.

„Szybkie załatwianie obowiązków przez lekarzy i pielęgniarki i ich całkowite i wyłączne zaabsorbowanie przez fizyczną i lekarską stronę ich pracy, nawet gdy są oni uprzejmi i przyjacielscy, działa na duszę i uczucia pacjenta mrożąco i wyjaławiająco.

„Świat ten wydaje mu się zimny, bezpłodny, zmechanizowany, beznadziejny... Chory nie zdaje sobie przy tym dobrze sprawy z tego, co mu brakuje. Odczuwa on jedynie straszną tęsknotę za domem i wstręt do egzystencji w warunkach szpitalnych. Pęd do zdrowienia w takich okolicznościach może zaniknąć".

Ze smutkiem zaznacza Cabot — „czułem, że wysiłki moje, jako lekarza szpitalnego, były bezużyteczne i że pacjenci bardzo często niepotrzebnie zapisywali się do szpitala".

Zasługuje na zaznaczenie, że nie uszły uwadze współczesnych nam lekarzy te trudności, jakie potęguje jeszcze sama istota nowoczesnego szpitala — określił to trafnie znany lekarz francuski, dr. Armand-Delille, mówiąc:

„Sama organizacja i udoskonalenie nowych szpitali, specjalizacja oddziałów i czynności sprawiają, iż lekarz widzi tylko chorobę osobnika, umieszczonego na łóżku jego oddziału; poza obserwacją stanów patologicznych, lekarz nie zna warunków bytu swego chorego przed wybuchem choroby, nie wie, jakie będą te warunki w chwili wyjścia chorego ze szpitala; jest mu całkowicie nieznany stan materialny chorego, jego stan moralny, a jeśli nawet czegokolwiek częściowo się dowiedział, nie może nic zdziałać, aby stan rzeczy zmienić, chyba udzielając szeregu rad, pozbawionych skutków praktycznych".

Złe samopoczucie lekarzy szpitalnych, z których wielu już od dawna odeszło od myślenia wyłącznie laboratoryjno-mikroskopowego, a zwróciło się nie tylko do myślenia klinicznego i biologicznego, ale również społecznego maluje równie wymownie lekarz niemiecki dr. Goldmann.

Wśród takiej atmosfery psychicznej świata lekarskiego szpitali w trzech wielkich krajach kulturalnych narodziła się idea służby społecznej szpitala.

Ruch ten zainicjował wspomniany już wyżej lekarz amerykański dr. Ryszard C. Cabot, powołując w r. 1905 do życia w Bostonie w szpitalu *„Massachussetts General Hospital"* („Szpital Powszechny Stanu Massachussetts"), gdzie pełnił czynności ordynatora, t. zw. „szpitalną służbę społeczną" *(„Hospital Social Service")*, którą określił krótko:

„Pomoc społeczna w szpitalu jest zastosowaniem zdrowego rozsądku do leczenia chorego"; ruch ten natrafił w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej na grunt tak podatny, iż w r. 1921 wprowadzono służbę społeczną już do 286 szpitali, zaś w r. 1929 liczono już 1.500 pielęgniarek służby społecznej; za przykładem Ameryki poszła Anglia i Francja, gdzie wprowadził w roku 1913 „asystentki społeczne" *(„assistantes sociales")* słynny prof. Marfan do paryskiego szpitala dziecięcego *(Hôpital des enfants malades)* — obecnie w samym Paryżu znajduje się 61 grup pielęgniarek społecznych w szpitalach; instytucję tę posiadają również Niemcy od 1914 r. — obecnie służba społeczna pracuje już w 145 szpitalach publicznych niemieckich — inne kraje europejskie, jak Austria, Belgia, Finlandia.

Holandia, Szwecja etc. poszły za przykładem krajów, przodujących naszej kulturze.

Tym ciekawsze jest zjawisko szybkiego rozpowszechnienia idei służby społecznej w szpitalach, iż dotąd nie zdołano ustalić jednolitej definicji tej instytucji — każdy naród posiada swoją definicję — podajemy tu dla ilustracji definicję francuską, która jako najogólniej sformułowana, wydaje się najsłuszniejszą:

Według Armand-Delille'a: „tym, co cechuje szpitalną służbę społeczną jest fakt, iż jej punktem wyjścia jest chory, którego usiłujemy pokrzepić materialnie i moralnie, zreorganizować jego warunki materialne i rodzinne w ten sposób, ażeby te zmiany pozwoliły mu całkowicie wyzdrowieć i nie wpaść ponownie w chorobę w poprzedni sposób".

* * *

Zakres zadań szpitalnej służby społecznej obejmuje sprawy następujące:

Dokładne zbadanie, możliwie szybko po przyjęciu chorego do szpitala, warunków jego bytu, które mogły oddziałać szkodliwie na usposobienie do choroby, powstanie choroby oraz jej przebieg, ewentualnie przez zasięgnięcie informacji we właściwych instytucjach sanitarnych i opiekuńczych, z którymi chory miał uprzednio do czynienia. Wyniki tej ankiety winny być tak opracowane, aby mogły być przedstawione lekarzowi, prowadzącemu kurację chorego w szpitalu i zużytkowane przez tegoż dla ustalenia rozpoznania choroby oraz nakreślenia planu leczenia.

Przez rozmowy z chorym należy zasięgnąć informacji o jego kłopotach i obawach, usiłować je rozproszyć — jeżeli są bezpodstawne, usunąć je za pomocą właściwych środków zaradczych o ile są uzasadnione, a w ten sposób ułatwić choremu przezwyciężenie przykrości jego przeżycia chorobowego; ażeby ten cel osiągnąć, niezbędne jest stałe porozumiewanie się z lekarzem, kierującym leczeniem. Należy uwzględniać chęć chorego do rozrywki i odwrócenia uwagi od swego cierpienia, należy starać się uchronić go od rozmyślań o swojej chorobie, podnieść jego nastrój psychiczny, wzmóc jego pęd do zdrowienia: rozmowa, głośne czytanie książek, pogadanki, radio są najodpowiedniejszymi środkami do osiągnięcia tego celu; na wielką wagę tych czynników w procesie leczenia świeżo zwrócił uwagę polskiego świata lekarskiego dyrektor szpitala Ubezpieczalni Społecznej w Łodzi (a obecnie takiegoż szpitala w Warszawie) dr. J. Bujalski.*)

Wyzyskać trzeba wszystkie możliwości, jakie daje ustawodawstwo społeczne u nas obowiązujące, oraz jakimi rozporządzają nasze instytucje publiczne i prywatne, ażeby doprowadzić do poprawy bytu chorego i jego rodziny; w tym celu jest niezbędne bezpośrednie i osobiste pośrednictwo pomiędzy chorymi, a publicznymi i prywatnymi instytucjami opieki społecznej. Należy dalej zająć się przygotowaniem ponownego społecznego zaszeregowania chorego po wypisaniu go ze szpitala; należy wreszcie nawiązać kontakt z rodziną chorego, a przez to umożliwić zabezpieczenie jej od szkód zdrowotnej i społecznej natury, związanych z nieobecnością chorego względnie jego powrotem do domu.

---

*) Streszczenie artykułu dr. Bujalskiego na ten temat — w „Pielęgniarce Polskiej" Nr. 7—8 b. r., str. 290. — (Przyp. Red.).

Wszystkie powyższe czynności powierza się do wykonania pielęgniarkom specjalnego typu, pielęgniarkom służby społecznej.

* * *

Bieżąca praca pielęgniarki służby społecznej w szpitalu polega na odwiedzaniu oddziału szpitalnego, załatwianiu przyjęć chorych i omawianiu spraw, związanych z obsługą chorych, z lekarzem oddziału szpitalnego.

Najłatwiej udaje się uchwycić wszystkie przypadki, wymagające interwencji i opieki pielęgniarki, jeżeli ma ona zapewnioną możność stawienia się codziennie w kancelarii szpitala w celu przejrzenia dokumentów przyjęcia nowowstępujących chorych i zorientowania się, który z nich mógłby ewentualnie potrzebować jej pomocy, poza tym od szpitalnej pielęgniarki oddziałowej otrzymuje zawiadomienie, czy i który chory sam zażądał jej odwiedzin; we Francji pielęgniarka służby społecznej asystuje przy obchodzie lekarza oddziałowego na sali chorych, w Niemczech zwyczaj ten nie istnieje.

O ile stan chorego na to pozwala, pielęgniarka służby społecznej przeprowadza z nim rozmowy w pokoju przyjęć, który szpital winien jej oddać do dyspozycji wraz z telefonem i pomieszczeniem na kartotekę: praca pielęgniarki wymaga skupienia i uwagi, warunków niezbędnych do nawiązania istotnego kontaktu psychicznego z chorym, zwracającym się do niej o pomoc, i przynajmniej minimalnych ułatwień technicznych dla porozumiewania się z odpowiednimi instytucjami i organami opieki społecznej. Jest rzeczą oczywistą, że szybkość w dostarczaniu pomocy choremu i jego rodzinie jest tak nieodzownym warunkiem powodzenia i wydajności pracy pielęgniarki służby społecznej w szpitalu oraz należytego oddziaływania na psychikę chorego i przebieg jego kuracji, iż wszelkie biurokratyczne przeszkody powinny być usuwane z drogi pracy tej pielęgniarki.

Pielęgniarka służby społecznej jest niezbędną współpracownicą lekarza oddziałowego, dla którego staje się ona sekretarką społeczną. Lekarz, kierujący oddziałem szpitalnym, udziela jej dyrektyw o charakterze lekarskim z jednej strony, sprawdza zaś i kontroluje w jaki sposób realizuje ona swoje zadania społeczne — z drugiej.

Lekarz szpitala *St. Louis* w Paryżu, dr. Louste stwierdza: „ten nowy dla lekarza obowiązek może wydawać się niezwykły na pierwszy rzut oka, ale stopniowo staje się on dla lekarza coraz bardziej interesującym, płodnym w dobre skutki, powiem nawet — fascynującym.

„Zainteresowanie lekarza wzrasta równolegle ze wzrostem działalności społecznej jego oddziału szpitalnego, lekarz zaczyna towarzyszyć swoim chorym nawet poza murami szpitala, zapoznaje się z rodzinami swoich chorych w mieście. Asystenci i elewi jego oddziału przystosowują się do tej postaci wzajemnej pomocy, której doniosłość szybko sobie uświadamiają, i kiedy rozpoczną samodzielną praktykę lekarską, są już dostatecznie obznajmieni z ustawami społecznemi, z metodami opieki społecznej.

„Nie można narzucać lekarzowi oddziałowemu usług szpitalnej służby społecznej; ale jak dotąd, wszyscy ci lekarze, którzy ją poznali, nigdy już nie zgadzali się na jej usunięcie ze szpitala i nie są już w stanie pojąć. aby ich oddział szpitalny mógł się obejść bez służby społecznej.

„Taka organizacja odpowiada najlepiej naszej koncepcji lekarskiej i społecznej, naszej rasie“.

Takie jest francuskie ujęcie sprawy stosunku lekarza szpitalnego do pielęgniarki służby społecznej w szpitalu. Sądzę, że odpowiada ono najlepiej również naszemu charakterowi narodowemu i psychice naszych lekarzy. W tej tak ważkiej i zasadniczej sprawie wypowiedział się też wspomniany wyżej lekarz amerykański, dr. R. Cabot:

„Jeżeli lekarze i urzędnicy szpitala nie rozumieją zadań służby społecznej i nie wzywają pielęgniarki tej służby do pomocy, nie będzie ona mogła pracować z pożytkiem. Nie może ona nikomu narzucić swoich usług. Ale w większości szpitali potrzeba niewielu miesięcy wzorowej pracy pielęgniarki tego typu, ażeby przekonać lekarzy (jak i ja sam się przekonałem) o tym, iż nie mogą należycie i skutecznie wykonywać swej pracy bez pomocy w dziedzinie społecznej“.

* * *

Metody organizacyjne szpitalnej służby społecznej nie są dotąd jednolite: spotyka się następujące główne typy organizacji tej służby:

1⁰ Służbę społeczną wykonywa siostra, należąca do zgromadzenia sióstr szpitalnych — jest to postać służby społecznej, spotykana najczęściej w szpitalach wyznaniowych;

2⁰ służbę społeczną wykonywa siostra, albo pielęgniarka, wchodząca w skład personelu szpitala, ale w szpitalu nie mieszkająca; podlega ona bezpośrednio dyrektorowi szpitala — taką organizację spotykamy najczęściej w Anglii, częściowo w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej;

3⁰ służbę społeczną wykonywa pielęgniarka, wydelegowana do pracy w szpitalu przez właściwą władzę spoza szpitala: pielęgniarka może być delegowana np. przez instytucje komunalne albo przez urzędy zdrowia, urzędy opieki społecznej, urzędy opieki nad młodzieżą etc. — taki typ spotyka się w Niemczech i w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej;

4⁰ służbę społeczną wykonywa pielęgniarka, delegowana do szpitala z zewnątrz przez organizację prywatną — taki typ organizacji spotyka się w Paryżu, Hamburgu, Wrocławiu, St. Louis itp.

Goldmann domaga się, aby pielęgniarka służby społecznej w szpitalu była „w pierwszej linii i przede wszystkim pomocą dla lekarza szpitalnego, a dopiero następnie wykonawczynią poleceń innej instytucji lekarskiej albo nielekarskiej. Dlatego ideałem dla każdego większego szpitala musi być, aby taka pielęgniarka należała do personelu szpitala“.

* * *

Rozległy zakres zadań i pracy pielęgniarki służby społecznej wymaga, aby obok niezbędnych zalet charakteru i inteligencji posiadała ona odpowiednie przygotowanie zawodowe oparte na uprzednim wyszkoleniu.

Zarówno Amerykanie, jak Francuzi i Niemcy są zgodni co do tego, że najlepszą kandydatką na pielęgniarkę służby społecznej w szpitalu jest kwalifikowana pielęgniarka chorych, której wykształcenie musi być jednakże odpowiednio uzupełnione: pielęgniarka taka winna być zaopatrzona w aprobatę urzędową po złożeniu niezbędnych egzaminów.

We Francji *„assistantes sociales“*, mające dyplom szkoły pielęgniarek przechodzą kurs w szkole specjalnej *(„Ecole de service social“);* program takiego kursu przedstawia się, jak następuje (wg. Louste'a):

Higiena społeczna — wykładów 40 godzin, wycieczek do instytucji higieny społecznej — 28 godzin;
Nauka obywatelska — 16 godzin;
Psychologia dziecka i rodziny — 16 godzin;
Wychowanie fizyczne — wykłady teoretyczne i zajęcia praktyczne;
Metodyka służby społecznej;
Pedologia;
Ustawodawstwo społeczne;
Istota służby społecznej — 5 godzin;
Kształcenie instynktów społecznych — 6 godzin;
Rewindykacje pracy najemnej — 6 godzin;
Kurs Czerwonego Krzyża;
Kurs gospodarstwa domowego — 40 godzin.

Kurs taki zająłby 2—3 miesięcy.

Rząd francuski w celu uregulowania sprawy pielęgniarek społecznych ogłosił ostatnio w dn. 18 lutego 1938 r. Dekret Prezydenta Republiki, wprowadzający państwowe dyplomy pielęgniarzy i pielęgniarek służby społecznej *(assistants ou assistantes du service social)* obok takichż dyplomów dla pielęgniarzy i pielęgniarek szpitalnych *(infirmiers ou infirmières hospitalières);* w myśl art. 3 dekretu dla otrzymania dyplomu pielęgniarki szpitalnej należy się wykazać wyszkoleniem co najmniej 2-letnim, dla otrzymania dyplomu pielęgniarki społecznej — wyszkoleniem 3-letnim; w myśl art. 8 dekretu dla obu kategorii pielęgniarek pierwszy rok studiów jest wspólny, dopiero od drugiego roku studiów szkolenie się specjalizuje na 2 działy odrębne; na studia przyjmuje się kandydatki z ukończoną szkołą średnią, albo też osoby, które zdały egzamin wstępny (art. 4); oprócz zwykłych dyplomów art. 14 dekretu przewiduje państwowe dyplomy wyższych studiów dla pielęgniarek obu kategorii, które odbyły dodatkowo jeden rok studiów w „Szkołach Wyższych Służby Szpitalnej i Społecznej“ *(„Ecoles Supérieures de service hospitalier et social“);* do szkół tych będą przyjmowane pielęgniarki, mające co najmniej lat 30, co najmniej 3 lata służby szpitalnej albo społecznej i nie wcześniej, niż w 5 lat po otrzymaniu dyplomu zwykłego; w myśl art. 18 egzamin końcowy odbywa się przed komisją państwową *(„Jury d'Etat“)* wyznaczoną przez ministra zdrowia publicznego; dyplom studiów wyższych jest wymagany do mianowania na stanowiska dyrektorek, inspektorek albo na inne wyższe stanowiska tego rodzaju (art. 20).

W Anglii przygotowaniem pielęgniarek służby społecznej w szpitalach *(„ladies almoners“)* zajmuje się *„Institute of Hospital Almoners“* — od kandydatek nie wymaga się dyplomu szkoły pielęgniarstwa — wyszkolenie trwa 2 lata i jest podzielone w sposób następujący (Cummins):

4 miesiące pracy całodziennej w biurze dużej organizacji opieki społecznej — w tym okresie kandydatka zapoznaje się z praktyczną pracą społeczną, nabiera doświadczenia w załatwianiu osób, poszukujących pomocy, w odwiedzinach domowych, w pracy biurowej, korespondencji, prowadzeniu książek; ma ona jednocześnie sposobność zaznajomienia się z pracą innych organizacyj społecznych i z instytucjami publicznej opieki nad ubogimi;

9 miesięcy wykładów teoretycznych z fizjologii, ekonomii politycznej, ustawodawstwa społecznego, prawa administracyjnego i dziedzin pokrewnych; 11 miesięcy zajęć praktycznych w szpitalu pod kierunkiem wykwalifikowanej pielęgniarki, podczas których kandydatka zapoznaje się teoretycznie i praktycznie z zadaniami pielęgniarek służby społecznej w szpitalu oraz techniką administracji szpitalnej.

Po ukończeniu szkolenia, kandydatki zdają egzaminy i otrzymują dyplom, a wtedy stają się członkami Instytutu Pielęgniarek Społecznych Szpitali *(„Institute of Hospital Almoners")*.

* * *

Organizacja służby społecznej w szpitalach nie tylko oddaje szereg usług bezpośrednich niezamożnym warstwom społeczeństwa w osobie ich najnieszczęśliwszych i najbardziej upośledzonych członków, ale informuje dokładnie osoby zainteresowane o niewyzyskanych źródłach i możliwościach pomocy w ich niedoli, co tym bardziej jest konieczne, że apatia i niezaradność ludzi przyciśniętych nędzą są często istotnie niezrozumiałe i beznadziejne. Według sprawozdań Uniwersyteckiej Kliniki Ginekologicznej w Berlinie w okresie od 1. IV. 1925 do 31. III. 1926 roku spośród 2.416 położnic — 975 (= 40%) do tego stopnia nie znało przepisów o pomocy dla położnic, że ich pretensje z tego tytułu mogły, bez pomocy postronnej, całkowicie przepaść, zaś 35% ich liczby nie wiedziało nawet, gdzie się znajduje sekcja opieki nad niemowlętami ich własnej dzielnicy miasta.

Poza tymi głównymi dobroczynnymi skutkami pracy służby społecznej w szpitalu występują, mówiąc językiem lekarskim, jeszcze „działania uboczne" dużej wagi.

Według Goldmanna, im lepsza jest organizacja tej służby, tym większe wynikają oszczędności głównie dzięki skróceniu przeciętnego okresu pobytu chorego w szpitalu: w Kilonii np. działalność jednej pielęgniarki służby społecznej w szpitalu dała miastu około 78.000 marek oszczędności w rubryce kosztów leczenia; przeciętny okres pobytu chorego w szpitalu w Norymberdze po zaprowadzeniu służby społecznej spadł z 30 do 23,4 dnia; podobne obliczenia podają relacje paryskie i amerykańskie.

Według obliczeń dra Prochazki, b. czeskiego ministra zdrowia, „gdyby można było zmniejszyć przeciętny okres leczenia przynajmniej o tydzień, oznaczałoby to z jednej strony zwiększenie liczby chorych, leczonych w szpitalu w ciągu roku prawie o 1/4, a wtedy i zapotrzebowanie na nowe łóżka spadłoby również o 1/4, z drugiej strony można by poczynić poważne oszczędności na kosztach leczenia"; słusznie zastrzega się dalej dr. Prochazka: „oczywiście to skrócenie pobytu w szpitalu nie może jednak w żadnym razie być dokonywane ze szkodą chorego, a pielęgniarka służby społecznej nie może być narażona przez jej władze przełożone na konflikt z jej sumieniem społecznym".

Niezmiernie ważną dla działalności lekarskiej i naukowej szpitala jest możność dalszej obserwacji nad chorym po opuszczeniu przezeń szpitala, co da się osiągnąć jedynie z pomocą służby społecznej.

Jest również rzeczą niewątpliwą, iż wprowadzenie w szpitalach zajęć na salach chorych, będących tak ważnym czynnikiem psychicznym i tak doniosłą częścią składową leczenia, nie jest do pomyślenia bez czynnej pomocy szpitalnej służby społecznej.

Wprowadzenie służby społecznej do szpitali może niewątpliwie w wielu razach zastąpić tworzenie nowych przychodni higieny społecznej w rozmaitych działach specjalistycznych. Czy z tych tendencji rozwinie się centralizacja całej opieki społeczno-lekarskiej w szpitalach — w tej chwili orzec trudno. Tu i ówdzie, w krajach takich, jak Stany Zjednoczone Ameryki Północnej, Francja, Anglia — warunki społeczne i organizacyjne wysuwać się zdają szpital na plan pierwszy, jako punkt centralny opieki społeczno-lekarskiej — nie można jednak zapomnieć, że np. w Polsce rozwój sieci szpitalnej idzie bardzo wolno naprzód, że szpital nie może dotrzeć tak głęboko do ludności, jak ośrodek zdrowia, że pomimo teoretycznego uzasadnienia tych dążeń, nie poczyniono dotąd na naszym terenie prób w tym względzie dostatecznie przekonywujących. W każdym razie, dopóki szpital nie stanie się ustawowo częścią składową ogólnej i planowo przemyślanej organizacji służby zdrowia publicznego w Państwie, o jego roli w tej dziedzinie trudno jeszcze poważnie myśleć.

Wysokie walory szpitalnej służby społecznej znajdują zasłużoną ocenę w coraz szerszych kołach lekarzy-klinicystów: według relacji prof. Melanowskiego na XV Międzynarodowym Kongresie Okulistów w Kairze (8—14 grudnia 1937) delegat Francji dr. Bailliart mówił o roli pielęgniarstwa społecznego, „wiążącego szpital z domem i dającego możność wglądu w warunki bytu chorego i jego otoczenia“, zaś lekarze amerykańscy, dr. Lewis H. Carris i Eleanor Brown Mervie omawiali rolę pracowników społecznych w dziedzinie zapobiegania ślepocie; zainteresowanie się okulistów sprawą pielęgniarstwa społecznego dowodzi, jak różnorodne dziedziny ogarnąć może ten typ pielęgniarstwa — zmontowane u nas wielkim i godnym uznania wysiłkiem dr. M. Zacherta przychodnie do walki z jaglicą już od dawna zresztą korzystają z dużym powodzeniem z usług higienistek społecznych.

Nie można zatem nie zgodzić się z Goldmannem, który w następujący sposób określa ostateczny cel i sens szpitalnej służby społecznej: „ustala ona związek pomiędzy chorym a jego rodziną, wzmacnia nici, łączące lekarza i pielęgniarkę chorych z jednej strony, chorego i jego otoczenie z drugiej, buduje most pomiędzy szpitalem a otwartą opieką społeczną, pomiędzy szpitalem a społeczeństwem, a w ten sposób przyczynia się skutecznie do stopienia w jedną całość pracy indywidualno-lekarskiej z pracą społeczną“.

* * *

W Polsce w początkach zeszłego stulecia nasz wielki Jędrzej Śniadecki miał już przeczucie szpitalnej służby społecznej, gdyż w swej klinice wileńskiej wprowadził obowiązkowe i regularne odwiedzanie przez studentów chorych, którzy opuścili klinikę, w ich mieszkaniach, zarówno celem badania warunków ich życia, jak i dalszej naukowej obserwacji ich choroby; przykład ten, niestety, nie znalazł naśladowców na innych naszych uniwersytetach i poszedł u nas w zapomnienie, jak wiele innych najpożyteczniejszych inicjatyw.

Dopiero w okresie powojennym znajdujemy w Polsce Niepodległej pewne poczynania, oparte na idei pielęgniarstwa społecznego: w roku 1927 Polski Komitet do Zwalczania Raka w Warszawie powołał do życia Komitet Pań,

organizację, przeznaczoną do wypełniania bezpośrednich zadań społecznej opieki nad chorymi — Koło to ma do swojej dyspozycji „opiekunki szpitalne“ i „opiekunki domowe“; w roku 1928 Warszawskie Towarzystwo Pomocy Lekarskiej i Opieki nad psychicznie i nerwowo chorymi utworzyło „Sekcję Opieki Pozazakładowej“, mające „instruktorki“ do odwiedzania w domu psychicznie chorych, wypisanych ze Szpitala św. Jana Bożego w Warszawie; szpital ten, jak również Szpital św. Łazarza w Warszawie dla oddziału chorych wenerycznie kobiet i dla oddziału ginekologiczno-położniczego, już od r. 1931 posiada pewne sumy w budżetach na utrzymanie „instruktorek“ (pielęgniarek społecznych).

Zaznaczyć należy, że w dniu 12 kwietnia 1927 r. Zarząd Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego powziął uchwałę, stwierdzającą niezbędną potrzebę utworzenia stanowisk „pielęgniarek społecznych“ w szpitalach i ambulatoriach i wystąpił do Magistratu m. st. Warszawy z memoriałem w tej sprawie; Rada Szpitalna oceniła tę inicjatywę bardzo życzliwie. Na posiedzeniu społecznym Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego w dn. 5 maja 1927 r. dr. Wł. Mikułowski wygłosił odczyt p. t. „O potrzebie pielęgniarek wizytujących w instytucjach dziecięcych“ — w dyskusji prof. Szenajch podkreślił, iż idzie „o stworzenie u nas nowej instytucji pielęgniarek wizytujących, ściśle związanych ze szpitalami, ambulansami, jak również o uwzględnienie potrzeb chorych, wypisanych ze szpitala“ (Pediatria Polska — 1927 — tom VII).

Na życzenie Polskiego Towarzystwa Szpitalnictwa opracowałem w 1932 roku referat, obrazujący stan pielęgniarstwa społecznego w szpitalach zarówno na terenie międzynarodowym jak i w Polsce i wygłosiłem go na jednym z posiedzeń Towarzystwa. Brak wszelkich postanowień i przepisów, regulujących prawa, obowiązki i kwalifikacje pielęgniarek służby społecznej był zapewne przyczyną, iż realizacja tej instytucji na szerszą skalę w Polsce nie doszła do skutku. *)

W międzyczasie Rząd ogłosił ustawę o pielęgniarstwie z dnia 21 lutego 1935 r. (Dz. Ust. Nr. 27, poz. 199), której art. 1 głosi: „Przez praktykę pielęgniarską rozumie się zawodowe wykonywanie następujących czynności:

a) pielęgnowanie chorych w zakładach leczniczych i domach prywatnych;

b) wykonywanie zleceń lekarza przy chorych;

c) pracę w zakładach leczniczych, instytucjach zapobiegawczych, zakładach opiekuńczych, instytucjach społecznych, szkołach, zakładach przemysłowych oraz domach prywatnych w zakresie szerzenia higieny ogólnej i osobistej, zwalczania epidemii oraz zapobiegania chorobom“.

Definicja praktyki pielęgniarskiej w powyższym artykule zawarta, nie obejmuje, niestety, pielęgniarstwa społecznego w szpitalach ku wielkiej szkodzie dla jedności zawodu pielęgniarskiego i jego wyszkolenia.

Pomimo to idea pielęgniarstwa społecznego poczyniła u nas pewne postępy dzięki staraniom p. Dyrektora Wydziału Szpitalnictwa Magistratu m. st. Warszawy, dra K. Orzechowskiego — według uprzejmie mi do-

---

*) W poprzednim zeszycie „Pielęgniarki Polskiej“ Nr. 11, 1938, zamieściliśmy świeżo opracowaną przez prof. Szenajcha instrukcję dla szpitalnych pielęgniarek społecznych, pracujących na oddziałach, w szpitalach i klinikach dziecięcych. — (Przyp. Red.).

starczonych informacji, od 2-ch lat bez mała pracują pielęgniarki społeczne w szpitalach miejskich. Od pielęgniarek tych wymagany jest dyplom z ukończenia 2 i pół letniej szkoły pielęgniarstwa — znajdują się one na etacie szpitali.

Jest wdzięcznym zadaniem powstających u nas od niedawna towarzystw przyjaciół poszczególnych szpitali ułatwić realizację idei pielęgniarstwa społecznego w szpitalu, bez którego nie podobna sobie już wyobrazić nowoczesnego szpitala.

Pozwólcie mi, Szanowni Państwo, zakończyć przytoczeniem opinii znanego pediatry chicagowskiego dra Brennemanna:

„Atmosfera, „*morale*" szpitala, czyni albo niszczy jego reputację i jego wydajność. Dziecko chore może być jak najlepiej pielęgnowane; sztab lekarski szpitala może się składać z najzdolniejszych klinicystów i badaczy; intendent może być tak mądry, jak sam Salomon i tak sprawiedliwy, jak Arystydes i może twierdzić, że cała maszyneria administracyjna szpitala jest jak najlepiej naoliwiona, a jej wyekwipowanie techniczne jest bez zarzutu; pielęgniarki mogą być jak najinteligentniejsze i jak najlepiej wyszkolone, interni i lekarze miejscowi mogą być jak najlepiej wyćwiczeni i przygotowani do spełniania swoich obowiązków, mogą rzeczywiście wychodzić punktualnie dopiero o 7-ej wieczorem i nie spóźniać się nigdy na śniadanie, a jednak będzie brakowało tu iskry życiowej, jeśli całej instytucji nie będzie przenikał duch współpracy i życzliwości... ów pierwiastek miłości, przenikający wszędzie, jak subtelny eter".

Szpitalna służba społeczna w rękach lekarza szpitalnego nadaje temu szlachetnemu pierwiastkowi kształty realne.

Wobec powyższego pozwalam sobie zaproponować aby I Polski Zjazd w sprawie Szpitalnictwa zechciał uchwalić następującej treści rezolucję:

1° I Polski Zjazd w sprawie Szpitalnictwa, uwzględniając wielkie korzyści zarówno dla chorych jak i dla szpitali, jakie przynieść może należycie zorganizowana służba społeczna w szpitalach, zwraca się do dyrekcyj wszystkich szpitali polskich zarówno ogólnych, jak i specjalistycznych z wezwaniem o wprowadzenie w szpitalach im podległych takiej służby.

2° Do wykonywania czynności służby społecznej w szpitalach winny być powoływane pielęgniarki dyplomowane, które przeszły odpowiednie kursy uzupełniające z dziedziny higieny społecznej, opieki społecznej, właściwego prawodawstwa oraz odpowiednią praktykę.

3° I Zjazd Polski w sprawie Szpitalnictwa wzywa instytucje państwowe, samorządowe i społeczne, posiadające szpitale, do uwzględnienia w budżetach 1939/40 r. odpowiednich kredytów na uruchomienie służby społecznej w tych szpitalach.

4° I Polski Zjazd w sprawie Szpitalnictwa zaleca powoływanie do życia towarzystw przyjaciół szpitali dla poszczególnych szpitali.

## PIŚMIENNICTWO


Armand-Delille: Le service social dans les collectivités contemporaines, Paris 1929.
Brennemann: Journ. Amer. Med. Assoc. 1931 — November 14.
Bujalski J.: Pozalekarska opieka nad chorymi w szpitalu — Lekarz Polski 1938 — Nr. 7—8.
Cabot R. C.: Social Service and the Art of Healing. — New York 1928 (7-e wydanie).

Chodźko W.: Opieka otwarta nad psychicznie chorymi — Lekarz Wojskowy — 1929 r.
— Służba społeczna w szpitalach („Zdrowie" — 1932 — Nr. 9—10).
— Le service social des hôpitaux (Bulletin mens. Office Internat. Hygiène Publ. 1932 — No 6).
— L'assistance familiale aux aliénés en Pologne (Bulletin mens. Office Internat. Hygiène Publ. 1937 — No 12).
Cummins A. G.: Zeitschr. f. d. gesamte Krankenhauswesen — 1928 — No 19.
Goldmann F.: Soziale Krankenhausfürsorge (Handb. d. Sozialen Hygiene — Berlin 1927 — Bd. VI).
Jędrzejewska M.: „Zdrowie" — 1930 — Nr. 23.
Louste: Médecine Sociale — Paris, 1924.
Melanowski W. N.: „Klinika Oczna" — 1938 — Nr. 1.
Prochazka L.: Bull. Office Internat. Hygiène Publ. — 1928 — No 10.

*Dr. Witold Chodźko*

---

# Wytyczne pracy pielęgniarki społecznej

## Przychodnia dla matki i dziecka

### Odwiedziny domowe (ciąg dalszy)

Przepisy potraw*)

Pielęgniarka, udzielając wskazówek dotyczących odżywiania dzieci, powinna najdokładniej znać sposób ich przyrządzania.

#### Kleiki

Gotować każdorazowo, a w razie braku czasu — na dwa, trzy posiłki. Przechowywać najdłużej 12 godzin, w szczelnie przykrytym naczyniu glinianym, nie metalowym (szkodliwe dla niemowlęcia!), na chłodzie.

Tłumaczyć matkom, że chociaż wartość odżywcza kleiku jest minimalna, posiada on dość duże znaczenie dla trawienia, ponieważ podrażnia gruczoły ślinowe i zwiększa wydzielanie zaczynów, sernik mleka ścina w żołądku. Kleik ryżowy, jako mniej fermentujący — dla dzieci o stolczkach rozwolnionych, kleik najłatwiej fermentujący z kaszy owsianej — w zaparciach.

#### Kleik owsiany

Do 1 litra zimnej wody wrzucić 30 gr. płatków owsianych lub kaszy owsianej, gotować około 40 minut, licząc od zagotowania. Przecedzić, jeżeli kleik ma być gętszy, przetrzeć przez sito. Dolać wody przegotowanej do pierwotnej objętości 1 litra.

#### Kleik ryżowy

Do 1 litra zimnej wody wrzucić 70 gr. ryżu, poprzednio namoczonego (użyć wody, w której się ryż moczył). Gotować, licząc od zagotowania 1 i pół godziny do 2 godzin. Przecedzić, lub przetrzeć przez sito, dolać przegotowanej wody do objętości pierwotnej: 1 litra.

#### Kasze

Gotować tylko na jeden raz, unikać odgrzewania. Rozgotować najpierw w wodzie, a nie w mleku, by nie niszczyć w nim witamin. Masła dodać do ugotowanej już kaszy, musi być świeże, śmietankowe, po dodaniu masła kaszy nie odgrzewać (aby nie niszczyć zawartej w maśle witaminy A). Grube kasze po rozgotowaniu przetrzeć przez sito.

---

*) Według dr. Eugeniusza Iszory: Odżywianie niemowląt, wyd. II, Wilno 1935.

### Grysik na mleku (rzadki)

Zagotować 200 cm³ wody, do wrzątku wsypać 10 gr. kaszy i gotować na wolnym ogniu 12—15 minut, ciągle mieszając. Do rozgotowanej kaszy dodać 120 cm³ gorącego mleka i 6 gr. cukru, szczyptę soli, jeszcze raz zagotować. O ile dodajemy masła (4 i pół gramów), należy je dodać już do ugotowanej kaszy.

### Grysik na mleku gęsty

Zagotować 130 cm³ mleka, wsypać powoli 8 gr. kaszy, dodać 5 gr. cukru i stale mieszając gotować 12 do 15 minut. Masła 8 gr. włożyć jak wyżej.

### Grysik na rosole z masłem

Do 300 cm³ gorącego rosołu lub odwaru z jarzyn wsypać 20 gr. kaszy, np. grysiku, i gotować 10—12 minut, stale mieszając. Gdy kasza się rozgotuje, dodać 8,5 gramów masła, szczyptę soli i dobrze rozmieszać. Więcej nie gotować.

### Jarzyny

Używać jarzyn świeżych, młodych a nie suszonych. Na wiosnę — ziemniaków bez kiełków. Ze względu na witaminy, znajdujące się tuż pod łupiną (ziemniaki, marchew, buraki, brukiew) obierać je jak najcieniej, najlepiej umyć dokładnie szczotką i gotować w łupinie. Gotować w małej ilości wody, w parze pod pokrywą. Nie moczyć zbyt długo ze względu na składniki mineralne oraz witaminę C. Nie zlewać wody, w której się jarzyny gotowały, gdyż zawiera składniki mineralne. Wody po ugotowaniu można użyć, po przecedzeniu, do innej potrawy, np. kaszy. Zaprawiać masłem po ugotowaniu. Nie gotować dłużej, niż godzinę, przedtem pokrajać na drobne kawałki. W pierwszym roku życia niemowlęcia podajemy mu jarzyny przetarte, na gorąco, przez sito, pozostałe na sicie części usuwamy, jarzyn przetartych nie gotujemy, tylko odgrzewamy aż do ukazania się pary. Podawać zaraz po ugotowaniu.

### Purée z ziemniaków

Ugotować 2—3 średniej wielkości ziemniaki po umyciu ich szczotką. (Gotowanie na parze: do rondelka włożyć na dno pokrywkę od mniejszego rondelka, nalać gorącej wody tyle, żeby pokrywała pokrywkę, na niej położyć ziemniaki. Rondelek przykryć pokrywą, nie solić podczas gotowania. — We własnym soku: umyte szczotką ziemniaki gotować 10 minut w słonym wrzątku, zlać wodę, na dnie rondelka umieścić czysty kawałek płótna, na nim położyć ziemniaki, przykryć rondelek pokrywą, postawić na brzegu płyty, gotować 10—15 minut). Ugotowane ziemniaki obrać z łupiny, przetrzeć przez sito, włożyć do rondelka 3 stołowe łyżki (60 gr.) przetartych ziemniaków, dodać 60 cm³ mleka ugotowanego, gorącego, trochę soli, 6 gr. masła śmietankowego, wstawić do drugiego rondelka napełnionego do połowy gorącą wodą, ubić dobrze. Podawać zaraz. Jeżeli musimy czekać, zostawić na parze przetarte ziemniaki zalane gorącym mlekiem, ubijać tuż przed podaniem.

### Purée z marchwi

2 młode marchewki wymyć szczotką, nie moczyć, pokrajać drobno lub utrzeć na tarce. 100 gr. marchewki włożyć do rondelka, zalać wodą lub rosołem, tak, by tylko pokrył marchewkę, dodać 5 gr. cukru i gotować we własnym soku pod pokrywką aż zmięknie, od czasu do czasu mieszając. Miękką marchew na gorąco przetrzeć przez sito, zaprawić dwoma gorącemi stołowemi łyżkami grysiku na mleku lub 1—2 zgarniętemi łyżeczkami tartej bułki, lub mąką rozmieszaną w rosołku (4 gr. na ¼—½ szklanki) dodać soli, raz zagotować. Po zdjęciu z ognia dodać 6 gr. masła.

### Purée ze szpinaku

100 gr. szpinaku dokładnie przebrać, usunąć korzenie i grubsze części, przemyć kilka razy w zimnej wodzie i przez sito usunąć wodę. Włożyć do rondelka, dodać 5 gr. cukru, przykryć pokrywą i od czasu do czasu mieszając, dusić we własnym soku aż do zmięknięcia (10—15 minut). Przetrzeć przez sito i zaprawić białym sosem: rozpuścić w rondelku 3 gr. masła, zasmażyć w nim 3 i pół gr. mąki, rozprowadzić w 100 cm. gorącego mleka lub rosołu i gotować zaprawę parę minut. Dodać zaprawę i szczyptę soli do szpinaku i raz jeszcze zagotować. Dodać 3 gr. masła, ubić łyżką.

### Rosół z mięsa

¼ kury chudej lub 100 gr. chudego mięsa wołowego bez tłuszczu lub cielęciny — pokrajać, zalać 400 $cm^3$ wody zimnej, postawić na mocny ogień i szybko zagotować pod pokrywka. Zdjąć pokrywę, postawić rondel na mniej gorącym miejscu, gdy pianka się ustanie, zdjąć ją ostrożnie stołową łyżka (nie durszlakiem), dodać szczyptę soli, kilka listków pietruszki, 50 gr. drobno pokrajanej marchwi, brukwi lub pietruszki, trochę cebuli i gotować do zawrzenia. Przesunąć rondelek na mniejszy ogień i powoli gotować pod pokrywką przez 2—2½ godzin aż się woda wygotuje do połowy pierwotnej ilości, t. j. do 200 gr. Przecedzić przez mokrą serwetkę i jeszcze raz zagotować.

### Kisiele

Jak najmniej niszczyć witaminy zawarte w jagodach i owocach. Na jedną porcję — 1—2 stołowe łyżki (40—50. gr.) jagód świeżych lub 1—2 łyżeczki (15—20 gr.) jagód suszonych. Mąkę kartoflaną rozrabiać nie wodą, ale odwarem z jagód.

### Kisiel z żurawin

2 stołowe łyżki (50 gr.) surowych żurawin przebrać, wypłukać gotowaną zimną wodą, rozgnieść łyżką drewnianą lub srebrną. Z rozgniecionych jagód wycisnąć przez gazę 1 łyżeczkę soku (witaminy). Pozostałą miazgę zalać szklanką wody, postawić na wolnym ogniu, zagotować i przecedzić przez gazę. ¼ wywaru wystudzić, resztę zagotować z 1 łyżką (25 gr.) cukru (mniej lub więcej zależnie od tego, czy jagody są słodkie czy kwaśne). 2—3 łyżeczek (7—12 gr.) mąki ziemniaczanej rozrobić w wystudzonym wywarze (¼ szklanki) i wlać powoli, ciągle mieszając, do gotującego się wywaru z cukrem, pozwolić raz zakipieć. Zaraz przelać do miseczki mieszając, aby się nie tworzyła piana. Gdy kisiel nieco przestygnie — wlać soku surowego.

Tak samo — z malin, truskawek, poziomek, czerwonych porzeczek, wisien i t. d.

## Owoce i soki

### Miąższ z jabłek

Dojrzałe słodkie jabłko wymyć przegotowaną wodą, obrać jak najcieniej, usunąć ośrodek z pestkami, drobno potarkować (dla młodszych niemowląt skrobać, zawsze nożem kościanym), posypać 1 łyżeczką cukru. W końcu zimy dodać ½ do 1 łyżeczki soku z cytryny.

### Soki

Drobiazgowa czystość — ponieważ soki podajemy w stanie surowym. Podawać zaraz po przyrządzeniu. Przyrządzać na jeden dzień. Przechowywać w chłodnym miejscu w szklanym przykrytym naczyniu. Z syropem mieszać przed samym podaniem. Do soków z jarzyn i jagód — 1 cz. soku na 1 cz. syropu, do soku z cytryny — na jedną cz. soku — 2 i pół cz. syropu, do soku z pomarańcz — 1 cz. soku na 1 i pół części syropu. Syrop: ugotować 2 stołowe łyżki cukru w 2 stołowych łyżkach wody,

przecedzić przez gazę. Jagody lub jarzyny należy umyć i rozgnieść łyżką na talerzyku lub przez sito, przepuścić przez gazę.

Przygotowanie soków na zimę: dojrzałe świeże nieuszkodzone jagody przebrać, wysypać na sito, oblać gotowaną wodą i pozwolić jej spłynąć. Przetrzeć drewnianą wysuszoną łyżką przez gęste sito. Na każdą szklankę otrzymanej miazgi wziąć 1 i pół szklanki cukru (możliwie czystego), dobrze wymieszać na lodzie. Rozlać do wygotowanych suchych butelek, zakorkować wygotowanymi korkami i zalać lakiem. Przechowywać w zimnie. Sok tak przyrządzony jest trwały, witaminy nie tracą siły przez cały rok.

Miary stosowane w braku wagi i cylindra
(łyżki zgarnięte)

Płyny: szklanka — 200—250 $cm^3$,
stołowa łyżka — 18—20 $cm^3$,
herbatnia łyżeczka — 7 $cm^3$,
Cukier: stołowa łyżka — 17 gr.,
herbatnia łyżeczka — 5 gr.,
Mąka pszenna: stołowa łyżka — 8—10 gr.,
herbatnia łyżeczka — 3,5 gr.,
Mąka ziemniaczana: stołowa łyżka zgarnięta — 12 gr.,
herbatnia łyżeczka zgarnięta — 4 gr.,
Masło: stołowa łyżka — 16 gr.,
herbatnia łyżeczka — 6 gr.,
Grysik: stołowa łyżka — 13 gr.,
herbatnia łyżeczka — 5 gr.,
Ryż: stołowa łyżka — 18 gr.,
herbatnia łyżeczka — 6 gr.,
Płatki owsiane: stołowa łyżka — 9 gr.,
herbatnia łyżeczka — 3 gr.,
Marchew, szpinak przecierane: stołowa łyżka — 20—23 gr.,
herbatnia łyżeczka — 8 gr.,
Malton, cukier Soxhleta: herbatnia łyżeczka — 3,5 gr.,
Lakton, larosan: herbatnia łyżeczka — 3 gr.

Higiena dziecka*)

Odzież. Wyprawka dla niemowlęcia powinna być przygotowana za wczasu. Pielęgniarka sprawdza, czy jest dostateczna i należycie sporządzona, w razie braków dając rady, zależnie od stanu materialnego rodziny. Można przerobić stare sztuki bielizny na odzież dla niemowlęcia, z prześcieradeł robiąc pieluszki i koszulki, z reform kaftaniczki i t. p., pod warunkiem, że wszystkie te rzeczy będą czysto wyprane.

Wyprawka dla niemowlęcia:

6 koszulek kimonowych z rozcięciem z boku pleców.
6 kaftaniczków trykotowych bawełnianych.
2 kaftaniczki wełniane na spacery,
2 czepeczki wełniane na spacery,
24 pieluszki 80 na 80 cm., z materiału nie chłodzącego, wsiąkliwego i miękkiego. np. z nansuku (nigdy kolorowe!),

---

*) Ustęp niniejszy oparty w znacznej mierze na książce dr. T. Mogilnickiego: Pielęgnowanie i karmienie niemowląt, wyd. IV, Warszawa 1938, niektóre uwagi zaczerpnięto z książki Marii Ankiewiczowej: Racjonalne wychowanie dziecka do lat 7, Warszawa 1938. (Obie wydane przez M. Arcta).

6 pieluszek flanelowych lub barchanowych 85 na 85 cm.,

3 paseczki do przytrzymywania pieluszki, szerokości 10—12, długości 115—120 cm.,

dla noworodka 3 bandażyki gazowe, kalikotowe lub trykotowe szerokości 8—10 cm., długości 1.50 cm.,

ceratka 40 na 40 cm.,

poduszka z 2 części: materacyk z trawy morskiej lub włosia albo sienniczek z siana (nie poduszka puchowa) długości 65 cm., szerokości 40 cm. i przyszyta do niego u krótszego boku kołderka watowana lub wełniana długości 62 cm., szerokości 40 cm. (nie poduszka puchowa!),

1 powloczka kolorowa na długą poduszkę,

3 powloczki białe wiązane (długość 130 cm., szerokość 42 cm.),

pierzynka na spacery,

dwie powłoczki na pierzynkę.

Ubieranie noworodka i niemowlęcia — ob. „Zabiegi Pielęgniarskie" pod redakcją Teresy Kulczyńskiej i Hanny Chrzanowskiej, Wyd. II., Kraków 1938, str. 66.

W drugim półroczu dziecko powinno już nosić przypinane do staniczków majteczki, które można uszyć z pieluszek lub flanelek; póki nie zacznie chodzić — długie sukienki wiązane z tyłu, gdy zacznie chodzić — krótkie sukienki, lub kombinezony. Rękawiczki, buciki trykotowe.

Wszystkie materiały — miękkie, wełna na kaftaniczki i buciki i czepeczki nie czesana i nie długowłosa — te ostatnie wełny mogą drażnić skórę i drogi oddechowe dziecka. Odzież luźna, nie krępująca. Należy zwracać na to uwagę również przy ubiorze dziecka starszego od 1 roku do 2 lat — nie powinny nosić opinających się, ciasnych pajacyków. Podwiązki długie na staniczku. Uważać, aby dziecka nie przegrzewać, nie ubierać na spacery tak grubo, że nie może swobodnie się poruszać. Obuwie jak najwygodniejsze, w domu — pantofelki, które można uszyć np. ze starego kapelusza filcowego.

P r a n i e. Pieluszek zmoczonych moczem nigdy nie suszyć, ale przepłukać w zimnej, potem w gorącej wodzie. Najlepiej odrzucać za każdym razem do prania, jeżeli to nie możliwe — prać, gotować, maglować i prasować przy ogólnym praniu domowym.

Pieluszki zanieczyszczone kałem najlepiej spłukać zimną wodą zaraz, i odrzucić do prania. Na brudne pieluszki najlepiej przeznaczyć osobne wiadro z przykryciem.

Nie używać do gotowania sody. Bieliznę suszyć najlepiej na słońcu. Rzeczy wełniane prać w letnich mydlinach, po spłukaniu nie wyżymać, tylko wyciskać; obsuszyć w ręczniku, suszyć leżące na stole, nadając im w miarę schnięcia pożądany kształt.

P o k ó j. W mieszkaniach paropokojowych przeznaczyć dla dziecka pokój najsłoneczniejszy. W upały przenieść dziecko do pokoju jak najchłodniejszego, w pokoju słonecznym — konieczne story w oknach. Sprzęty w pokoju — najniezbędniejsze, wynieść miękkie meble, portiery, dywany. Nie palić papierosów w pokoju dziecka. Sprzątać o ile możności w nieobecności dziecka. Temperatura w pokoju noworodka — 18—20$^0$ C., w pokoju niemowlęcia — 17—18$^0$ C. Jeżeli rodzina zajmuje jeden pokój, należy tym bardziej dbać w nim o dobrą wentylację, wyperswadować osobom palącym, aby na papierosa wyszły na schody, czy do sieni. Lampy umieścić za łóżeczkiem, światło nie powinno razić. Lampy elektryczne — o mlecznych żarówkach. Lampy naftowe oprawić codzień, umieścić tak, aby ich dziecko nie mogło dosięgnąć.

Łóżeczko. Dziecko od urodzenia powinno sypiać samo. Przypomnieć matce o wypadkach uduszenia dziecka we śnie przez dorosłą osobę, o wypadkach zakażenia. Łóżeczko stoi w najwidniejszej części pokoju, nie narażonej na przeciągi, najwygodniej, o ile jest dostępne z obu stron. Łóżeczko (nie kołyska ani nieprzewiewny wózek

ceratowy) metalowe, drewniane lub koszykowe — codzień obcierane z kurzu wilgotną ścierką. Materacyk nigdy puchowy, ale z włosia, trawy morskiej lub sienniczek — często zmieniać słomę lub siano. Można go zabezpieczyć ceratką, pod prześcieradłem. O ile matka śpi w pokoju z niemowlęciem, przysuwa sobie łóżeczko dziecka nogami do głów swego łóżka, w ten sposób w razie potrzeby bez wstawania może zajrzeć do dziecka, które nie znajduje się jednak za blisko.

Dla dzieci, które zaczynają chodzić — kojec. Wielkość — zależna od powierzchni jaką można przeznaczyć na podłodze. Wysokość prętów — około 75 cm., szerokość pręta — 2—3 cm., odległość między prętami — 6—7 cm. Podłoga w kojcu wysłana czystym starym kocem, codzień trzepanym.

Czystość dziecka. Niemowlę kąpać codzień, zawsze po jedzeniu, rano lub wieczorem. Wanienka (balia) czysto wyszorowana. Matkę zamożniejszą namówić, aby kupiła termometr do mierzenia temperatury wody, w jego braku w ostateczności temperatury próbować nie dłonią, ale łokciem — woda nie powinna parzyć. Technika kąpieli — ob. „Zabiegi Pielęgniarskie“, str. 68. Należy jednak zastosować technikę do możliwości środowiska, watę zastępując czystymi miękkimi gałgankami, miseczki — garnuszkiem. Oczki, nosek, uszka, główkę, twarzyczkę umyć przed rozebraniem dziecka, gdyż matka, mniej wprawna niż pielęgniarska, może przy tych czynnościach rozebrane dziecko przeziębić. Nie owijać dziecka w wannie w pieluszki! Nie myć w buzi! Długie włoski czesać, małe kołtunki obcinać. W razie ciemieniuchy, naoliwić dziecku główkę na pół godziny przed kąpielą, po umyciu główki w kąpieli, zczesać grzebieniem.

Zmiana pieluszek — ob. „Zabiegi Pielęgniarskie“, str. 68.

Dziecko od 1 roku do dwóch lat kąpać również codzień. Kilka razy dziennie umyć buzię i rączki, zawsze umyć rączki przed jedzeniem.

Obcinać niemowlętom paznokcie (zwalczać przesąd, że nie wolno do roku obcinać paznokci!) uważnie, czystymi nożyczkami, najlepiej, gdy dziecko śpi.

Przechadzki. Wywozić dziecko na spacer codziennie, o ile możności na 2—3 godzin. Dziecko urodzone w lecie może po parę godzin na powietrzu spędzać już w drugim lub trzecim tygodniu życia, niemowlęta urodzone w jesieni — w czwartym lub piątym tygodniu, podczas silnych mrozów nie wywozić dziecka przed ukończeniem drugiego miesiąca życia. Młodszych niemowląt nie wywozić w ogóle w mrozy przy temperaturze niższej niż 6° C. Unikać dni bardzo wilgotnych, lub bardzo wietrznych, można wtedy nosić dziecko ciepło ubrane po pokoju przy otwartym oknie. Budka od wózka spuszczona tylko podczas wiatrów, nigdy, jako ochrona od słońca: dziecko się przegrzewa. Nie przegrzewać niemowląt na słońcu. W dni gorące dziecko nie powinno nigdy spać na pełnym słońcu, ale w cieniu, główka zawsze w cieniu. Zwrócić matkom uwagę na niebezpieczeństwo zaburzeń trawiennych u dziecka przegrzanego.

Otoczenie. Zwracać uwagę na stan zdrowotny całej rodziny. Kaszlący i zakatarzeni nie powinni w ogóle zbliżać się do dziecka bez potrzeby, a matka lub osoba pielęgnująca — w masce. Nie dotykać dziecka brudnemi rękami. Nie całować w usta.

Dbanie o należyty rozwój fizyczny

Pielęgniarka musi dokładnie znać cechy zdrowego niemowlęcia, aby orientować się w odchyleniach od normy. Zwracać uwagę na początkowe objawy krzywicy. Nie uprzedzać rozwoju dziecka: nie sadzać przed szóstym miesiącem, nie stawiać na nóżki, póki samo nie stanie, nie uczyć chodzić. Jeżeli dziecko, w braku wózka, jest noszone, nosić to na jednej to na drugiej ręce, aby nie wykrzywiać kręgosłupa niemowlęcia. Przy podnoszeniu dziecka z ziemi nie chwytać za jedną rączkę, tylko pod oba ramionka. Zwalczać wiarę w „przesunięcia“, „uchynięcia“, „przełamania“ kręgosłupa i żeber

i fatalne w skutkach „nastawianie“, prowadzące często do złamań. Zwalczać przesąd konieczności podcinania języka. Zwalczać przesąd „choroby na ząbki“, na którą matki składają wszelkie objawy choroby, jak np. drgawki i nie udają się do lekarza; wpajać przekonanie, że samo ząbkowanie nie daje podwyższonej tempertury.

W razie czyszczenia, nie podawać żadnych lekarstw na własną rękę. O ile pielęgniarka nie ma możliwości w każdej chwili skomunikować się z lekarzem, ani skierować dziecka każdego dnia do poradni, powinna wziąć od lekarza dokładne wskazówki, co wolno jej radzić w razie czyszczenia (np. przerwę kilkogodzinną w karmieniu i podawanie tylko herbaty, zamianę kleiku owsianego na ryżowy i t. d.). Nie pozwalać matkom leczyć na własną rękę, podawać oleju lub innych środków przeczyszczających.

Spokój, sen.

Tłomaczyć matce, że najczęściej ona sama jest winna, jeżeli niemowlę normalne i zdrowe źle sypia lub dużo krzyczy. Nie przyzwyczajać do noszenia, huśtania, zabawiania, regularnie karmić, zapewnić niemowlęciu ciszę: w pokoju dziecka nie powinno grać radio ani gramofon! Zwracać uwagę na konieczność harmonii w rodzinie dla dobra dzieci, wszelkie krzyki, kłótnie działają najgorzej na ustrój nerwowy dziecka. Nie podawać leków na sen (makowiec), nie podawać alkoholu!! Nie bić, nie karać.

Wychowanie dziecka

Przyzwyczajanie do porządku. Dziecko pięcio lub sześciomiesięczne należy przyzwyczajać do porządku przez wysadzanie nad nocniczkiem dopóty, dopóki się nie załatwi, codzień rano po przebudzeniu i kilkakrotnie podczas dnia. Dzieciom starszym, które się moczą w nocy, nie podawać na noc płynów, w nocy przynajmniej raz wysadzić.

Zabawki. Zająć dziecko zabawkami: niemowlę powinno mieć zabawki białe, gładkie, bez kantów, drewniane niemalowane, lub gumowe, które łatwo dadzą się wymyć lub wygotować, co jest konieczne, gdyż niemowlę wszystko kładzie do buzi. Starsze dzieci — mogą mieć już laleczki, piłki, klocki. Nie dawać harmonijek i trąbek, które się kładzie do ust, nigdy do zabawy nie dawać pieniędzy.

Uwagi

Pielęgniarka nie ogranicza się do udzielenia wskazówek samej matce, ale jeżeli dzieckiem zajmuje się inna osoba, rozmawia z nią bezpośrednio; również stara się pomówić z ojcem dziecka, dążąc do tego, aby całe środowisko rozumiało podstawy higienicznego wychowania dziecka.

Pielęgniarka demonstruje w domu kąpiel, przewijanie, przygotowanie mieszanek i t. d., pokazuje matce, w jaki sposób ma siedzieć przy karmieniu i t. d. Przy demonstracjach posługuje się przedmiotami, znajdującymi się w domu.

**Ciąg dalszy „Wytycznych pracy pielęgniarki społecznej“ — w numerze styczniowym 1939 roku.**

*Najserdeczniejsze życzenia*

***Wesołych Świąt***

***i szczęśliwego, owocnego w pracy Nowego Roku***

*składa Czytelnikom „Pielęgniarki Polskiej“* ***REDAKCJA***

# Z Polski i z całego świata

## XI ZJAZD HIGIENISTÓW POLSKICH

W dniach 29—30 czerwca odbył się w Lublinie XI Zjazd Higienistów Polskich. zorganizowany przez Polskie Towarzystwo Higieniczne, w jego czterdziestolecie. Tematem zjazdu była opieka nad zdrowiem ludności wiejskiej. Zjazd zagaił wiceminister dr. Eugeniusz Piestrzyński, a obradom przewodniczył dr. Jan Modrzewski. W szeregu odczytów referenci, lekarze i działacze społeczni poruszyli zagadnienia pomocy leczniczej na wsi, przygotowanie lekarzy do pracy na wsi, pracę pielęgniarki wiejskiej (na ten temat mówiła p. Halina Makowska, absolwentka Warsz. Szk. Piel.), pomoc dentystyczną, położniczą, ubezpieczenia, spółdzielnie zdrowia, ośrodki zdrowia, zwalczanie duru brzusznego i chorób zakaźnych w Polsce w stosunku do obronności państwa, zwalczanie gruźlicy na wsi, zapobieganie chorobom społecznym i alkoholizmowi, sprawy sanitarno-porządkowe, racjonalne planowanie wsi, wychowanie fizyczne, stan sanitarny szkół powszechnych, i t. d. Referat główny, p. t. Medycyna zapobiegawcza na wsi, ze szczególnym uwzględnieniem ostrych chorób zakaźnych i społecznych, wygłosił dr. Marcin Kacprzak, we wniosku końcowym stwierdzając, że „konieczne jest utworzenie odpowiednio wyposażonego warsztatu pracy naukowej do badań nad zdrowotnością wsi; instytucja taka mogłaby powstać albo w postaci katedry higieny społecznej w jednym z uniwersytetów, albo w Państwowej Szkole Higieny".

Zjazd uchwalił dwa następujące wnioski:

1. XI Zjazd higienistów polskich w wyniku obrad, odbytych w Lublinie w dniach 29—30 czerwca 1938, zwraca się do władz państwowych, samorządowych i do społeczeństwa z gorącym apelem o zwrócenie większej jeszcze uwagi na opiekę nad zdrowiem ludności wiejskiej. Posiadane materiały wskazują, że stan zdrowia ludności wiejskiej nie jest pomyślny. Wobec niedokładności tych materiałów, koniecznością jest zaprowadzenie badań naukowych dla szczegółowego wyjaśnienia tego zagadnienia, jak również dla opracowania metod, zmierzających do poprawy. Niezależnie od tych zadań, które powinny nosić charakter stały, konieczne jest jak najprędsze spotęgowanie akcji, zmierzającej do podniesienia higieny otoczenia, dostarczenia ludności opieki lekarskiej i tanich leków, które to braki, narówni z niedomaganiami natury gospodarczej, dotkliwie odbijają się na zdrowotności kraju.

2. XI Zjazd higienistów polskich uznaje za konieczne restytucję Ministerstwa Zdrowia Publicznego.

Wkrótce zostanie wydany Pamiętnik Zjazdu, który zawierać będzie wszystkie referaty.

## HARCERSTWO DLA DZIECI CHORYCH

Wyrazem zainteresowania się harcerek polskich chorym dzieckiem był kurs dla drużynowych, zorganizowany niedawno w Warszawie przez Inspektorat Zuchów Głównej Kwatery Harcerek. — Kurs, mający charakter informacyjny, zaznajomił uczestniczki z warunkami i metodami pracy przy dziecku niewidomym, głuchoniemym i mało zdolnym. Metody te polegają na osobistym zetknięciu się harcerek z życiem dzieci i organizowaniem wśród nich drużyn harcerskich. Uczestniczki kursu zwiedziły szereg instytucji, witane z wielką życzliwością przez ich dyrekcję i pracowników.

W Instytucie dla Głuchoniemych na lekcji specjalnie dla kursu zorganizowanej, nauczyciel przedstawił rozwój dziecka, przychodzącego do zakładu jako głuchonieme, a wychodzącego z niego jako tylko głuche, po ukończeniu 8 oddziałów, równających się 5 oddz. szkoły powszechnej dla dzieci normalnych. Wychowawca podkreślił dodatni wpływ gromady i drużyny na uspołecznienie dzieci.

W Zakładzie dla Ociemniałych w Laskach uczestniczki kursu zapoznały się z pracą, nauką i zabawą dzieci niewidomych. Drużynowe zwiedziły następnie jeden ze szpitali dziecięcych w Warszawie.

Dotychczas w Polsce wśród dzieci chorych istnieją:

2 gromady harcerskie głuchoniemych,
3 małozdolnych,
2 zastępy harcerek ociemniałych,
3 zastępy harcerek głuchoniemych,
1 drużyna głuchoniemych.

## STAN SANITARNY W WOJEWÓDZTWIE STANISŁAWOWSKIM

Dnia 26 i 27 sierpnia 1938 r. odbył się w Morszynie zjazd lekarzy powiatowych i naczelnych lekarzy miejskich województwa stanisławowskiego. Zjazd zagaił wojewoda gen. Pasławski, omawiając obszernie obowiązki, jakie ciążą na lekarzach powiatowych, i wezwał ich do pracy nad podniesieniem stanu sanitarnego osiedli. Prof. dr. Rencki, jako gospodarz Domu Zdrojowego, w którym Zjazd się odbywał, powitał obecnych i przedstawił po krótce prace i inwestycje na terenie Morszyna, a w szczególności budowę domu zdrojowego. Inspektor Ministerstwa Opieki Społecznej, dr. M. Zachert, powitał zjazd w imieniu Departamentu Służby Zdrowia, podkreślając jednocześnie znaczenie tego rodzaju zjazdów regionalnych dla podniesienia stanu zdrowotnego kraju.

Dr. Borkowski, naczelnik Wydziału Zdrowia, wygłosił referat p. t. „Stan zdrowotny województwa stanisławowskiego w r. 1937", z którego wynika, że liczba lekarzy w województwie jest niewystarczająca, ponieważ 1 lekarz obsługuje teren 89 km$^2$. Trudno jest o pozyskanie lekarzy okręgowych, niektóre powiaty nie mają ich zupełnie. Liczba lekarzy dla leczenia rolników jest skąpa. Pomieszczenie w szpitalach jest niewystarczające dla potrzeb ludności, gdyż na 10.000 ludności przypada 7 i 3/10 łóżka. Na terenie całego województwa jest 1090 łóżek, w tym 146 zakaźnych. Stosunek powyższy od 10 lat nie uległ poprawie. Praca w ośrodkach zdrowia nie jest jednolita, a niektóre z nich nie zdołały się wznieść ponad poziom ambulatoriów dla ubogich. Zauważa się wzrost zachorowań na dur plamisty i czerwonkę, przy czym liczba zachorowań na dur plamisty dochodzi do poziomu, jaki był w r. 1935. Na terenie województwa były 2 ekspedycje naukowe, a to w Nadwórnej i Sławsku (p. Stryj). Ekspedycja w Sławsku przeszczepiła ludność w 93%. Zwiększyły się również pokąsania przez psy wściekle, przy czym były 4 zgony na wściekliznę; również liczba zachorowań na nagminne zapalenie opon mózgowych. Natomiast stwierdzić należy spadek zapadalności zachorowań na dur brzuszny. Akcja kolonij objęła 16.293 dzieci. Bardzo dodatnio na ogólny rozwój dzieci wpłynęły punkty dożywiania, przy czym w roku sprawozdawczym korzystało z nich 24,839 dzieci.

Dr. Lachowicz, kierownik filii Państwowego Zakładu Higieny, zdał sprawozdanie z jej działalności w roku 1937. Stwierdza, że rozpoznanie duru plamistego i brzusznego, potwierdzone badaniami sero-bakteriologicznymi wzrosło wybitnie. Należy dążyć, by każdy nosiciel duru brzusznego był badany. Szpitale nie dokonują zupełnie badań ozdrowieńców na nosicielstwo przed wypisaniem ich ze szpitala.

Dr. Hickiewicz, naczelny lekarz Ubezpieczalni Społecznej w Stanisławowie, wygłosił referat o działalności Ubezpieczalni Społecznej w Stanisławowie za rok 1937. Stwierdził, że Ubezpieczalnia nie otrzymuje sprawozdań z subwencyj udzielanych instytucjom społecznym. Z powodu przepełnienia szpitali, chorzy ubezpieczeni bronią się przed pójściem do nich, a często je samowolnie opuszczają. Dążyć należy do tego, by przychodnia gruźlicza w Stanisławowie przyjmowała gruźlików, którym kończy się okres świadczeń ubezpieczeniowych. — Należy również dążyć od budowy izolatorium dla gruźlików.

Dr. Radło omówił sprawę epidemiologii duru plamistego w Karpatach Wschodnich. Na podstawie obserwacyj i badań stwierdził, że ogniska endemiczne duru plamistego ciągną się od głównego gościńca w powiecie leskim aż do Czeremoszu. W województwie stanisławowskim jest 64 ognisk. Ogniska te mieszczą się w nizinach przytykających do gór i w górach. Omawia żywotność zarazka duru plamistego. Zapowiada przeprowadzenie dezynsekcji nowym gazem, który jest mniej toksyczny od cyjanowodoru, a silniejszy od siarki. W roku 1939 nastąpią szczepienia całej ludności w ogniskach endemicznych.

Następne referaty wygłoszono na temat kontroli okresowej wody, dozoru nad artykułami żywności, źródeł mineralnych województwa stanisławowskiego, walorów leczniczych Morszyna; dalej omówiono opiekę nad matką i dzieckiem, organizowanie pracy lekarzy powiatowych w biurze i w terenie, usterki w pracy lekarzy powiatowych.

Plan działalności na przyszłość przewiduje ukończenie ośrodków zdrowia w Kosmaczu, Hryniawie, Kosowie, Worochcie i w Nadwórnej oraz powołanie do życia Stanisławowskiego Międzykomunalnego Związku Szpitalnictwa. — W obradach zjazdu wziął udział w bawiący w Morszynie b. minister Zdrowia Publicznego, dr. Chodźko.

## POLSKIE LOTNICTWO SANITARNE

Podczas międzynarodowego konkursu samolotów sanitarnych, który się odbył w lipcu b. r. w Luksemburgu, polskie lotnictwo sanitarne odniosło znaczne sukcesy. W skład patrolu skoczków sanitarnych wchodziły 2 pielęgniarki — p. Maria Węgo-

rzewska, asystentka Dyrektorki Szkoły Pielęgniarstwa Polskiego Czerwonego Krzyża w Warszawie i p. Irena Markiewiczówna, uczennica tejże szkoły, które po dokonaniu skoków ze spadochronami otrzymały odznaki instruktorów spadochronowych. Za najlepszą budowę i urządzenie kabiny w jednym z samolotów Polska dostała — już po raz drugi — puchar Raphaela, poza tym dostała nagrodę przechodnią miasta Esch. Cała ekipa polska otrzymała na ręce gen. R. Roupperta nagrodę — srebrny puchar Luksemburskiego Czerwonego Krzyża.

## MIĘDZYNARODOWY KONGRES OPIEKI NAD DZIECKIEM WE FRANKFURCIE NAD MENEM

W dniach 12—15 czerwca 1938 roku we Frankfurcie nad Menem odbyła się trzynasta sesja Międzynarodowego Stowarzyszenia opieki nad dzieckiem. Z uwagi na liczny udział przedstawicieli poszczególnych państw sesja odbyła się pod mianem Międzynarodowego Kongresu Opieki nad dzieckiem. Obradom Kongresu patronowali: dr. Goebbels, minister propagandy w rządzie Rzeszy i H. Jaspar, były premier belgijski. W Kongresie wzięły udział 543 osoby z 35 państw. Polskę reprezentował p. Wl. Wyszyński, radca ministerialny z Ministerstwa Opieki Społecznej. Przewodniczył Kongresowi *Reichshauptamtsleiter* Erich Hilgenfeldt, organizator i kierownik Narodowo-socjalistycznej Służby Opieki Społecznej w Rzeszy Niemieckiej.

Na zebranie plenarne Kongresu zgłoszono 16 referatów o udziale funduszów publicznych w opiece nad dzieckiem w poszczególnych krajach. Poza tym obradowały trzy komisje nad następującymi tematami:

1) prawnicza: „W jakich wypadkach normy prawne, bądź instytucje publiczne powinny uzupełniać opiekę rodziców";

2) społeczno-wychowawcza: „Korzyści, jakie z punktu widzenia społecznego i wychowawczego daje umieszczanie dzieci na wsi";

3) społeczno-lekarska: „Opieka nad dzieckiem ułomnym przez wczesne wykrywanie i natychmiastowe leczenie ułomności fizycznych".

Temat społeczno-lekarski był pomyślany i rozwinięty na Kongresie raczej z punktu widzenia społecznego, niż lekarskiego, to znaczy, że Kongres obradował nad zagadnieniami organizacji, wartości i celowości wczesnego rozpoznania i natychmiastowego leczenia ułomności fizycznych, pozostawiając metodykę wczesnego rozpoznawania i leczenia na uboczu. Na temat społeczno-lekarski zgłoszono 15 referatów. Po dwudniowych obradach uchwalono:

Przyznaje się jako zasadę, że po możliwie najwcześniejszym rozpoznaniu ułomności fizycznej należy przystąpić do właściwego postępowania lekarskiego, które w przypadkach ciężkich lub w razie długotrwałego leczenia zakładowego powinno obejmować wychowanie szkolne;

lekarze powinni być kształceni na uniwersytetach przez specjalistów-ortopedystów w diagnostyce i terapii ułomności fizycznych. Postulat ten da się urzeczywistnić, o ile przy uniwersytetach będą organizowane kliniki ortopedyczne dla celów dydaktycznych i badawczych. W klinikach ortopedycznych musi być uwzględniona strona wychowawcza w najszerszym tego słowa znaczeniu, a więc: badania psychotechniczne, fizykotechniczne, nauczanie szkolne, wychowanie fizyczne i t. p.;

z lekarzami muszą współpracować położne, pielęgniarki i personel wychowawczy;

w ramach wyszkolenia zawodowego oraz przy pomocy kursów dokształcających i odpowiednio dobranej literatury należy personel pomocniczo-lekarski i wychowawczy kształcić w zadaniach i metodach opieki nad ułomnymi. Cała ludność powinna być uświadomiona o zagadnieniu ułomności fizycznych;

koniecznym, a przynajmniej celowym wydaje sie wprowadzenie obowiązkowego zgłaszania wad rozwojowych i ułomności fizycznych;

środki materialne na wczesne rozpoznawanie i leczenie ułomności fizycznych winny być zapewnione, w drodze ustawy, od społeczeństwa i państwa.

*Dr. Józef Lubczyński*

## USUWANIE BEZPŁODNOŚCI

Lekarze francuscy zrobili niezmiernie ciekawą obserwację: oto kilka kobiet bezpłodnych, leczonych zastrzykami własnej krwi na różne dolegliwości, zaszło niespodziewanie w ciążę. Lekarze ci, zachęceni tymi przypadkowymi doświadczeniami, u całego szeregu kobiet zwalczali bezpłodność autohemoterapią, a dla potwierdzenia swych danych przeprowadzili liczne doświadczenia na zwierzętach.

(Medycyna Społeczna, nr. 3, 1938).

## KONGRES DZIECKA I WYSTAWA „DZIECKO W POLSCE" W WARSZAWIE

W Warszawie obradował w październiku Pierwszy Ogólnopolski Kongres Dziecka.

Otwarcie Kongresu miało charakter uroczysty. Dnia 2. X. odprawiona była na intencję Kongresu Msza św. w kościele Katedralnym św. Jana. Kazanie okolicznościowe wygłosił ks. dr. Węglewicz. O godz 11 zgromadzili się uczestnicy Kongresu w jednej z największych sal stolicy, w Kinie Roma, przy ul. Nowogrodzkiej 49. W obecności Pana Prezydenta Rz. P. Wysokiego Protektora Kongresu i najwyższych władz państwowych otworzył Kongres gen. dr. St. Hubicki, prezes Komitetu.

Na zebraniu inauguracyjnym wygłoszono trzy referaty o charakterze zasadniczym. Treścią ich był stosunek świata dorosłych do dzieci. Referentami byli wybitni znawcy tematu i działacze społeczni pp. St. Dobrowolski, J. Cz. Babicki, W. Szumanówna i prof. dr. St. Gołąb. Tytuły referatów: „Dziecko i człowiek dorosły", „Dziecko w rodzinie" i „Dziecko w polskim prawie rodzinnym". Drugie posiedzenie plenarne było poświęcone prawom dziecka.

Obrady Kongresu trwały trzy dni — do 4 października. Oprócz zebrań plenarnych i komisyjnych, były organizowane dla uczestników Kongresu zwiedzania instytucyj, poświęconych dziecku. W Kongresie brali udział przedstawiciele około 100 organizacyj społecznych, samorządów i działacze grup społecznych.

Po otwarciu Ogólnopolskiego Kongresu Dziecka otwarto popołudniu Wystawę „Dziecko w Polsce". Wystawa mieściła się przy ul. Nowogrodzkiej 74 w odnowionych i przystosowanych celowo halach fabrycznych. Zorganizowanie Wystawy było dziełem Komisji, wyłonionej przez Kongres Dziecka, pod przewodnictwem dra Marcina Kacprzaka. Wystawa w łatwy, nie nużący sposób przemawiała do widza. Szereg obrazów i wykresów, niewiele cyfr i lapidarne, krótkie hasła praktyczne zwracały uwagę na najważniejsze zagadnienia wychowawcze, na prawa i potrzeby dziecka w rodzinie, w szkole, w społeczeństwie. Wystawa trwała przez cały październik.



## KONGRES SZPITALNICTWA

I-szy ogólnopolski Zjazd w sprawach Szpitalnictwa odbył się w Warszawie w dniach od 2—4 października. Sprawozdanie z kongresu podamy w jednym z najbliższych numerów „Pielęgniarki Polskiej".

---

# *Służba*

*to jedno z haseł naszej odznaki pielęgniarskiej i o tej służbie chcę mówić.*

*Wszystko jedno, gdzie pracujemy: w mieście, czy na wsi, w centrum, czy na krańcach Polski, stoimy na jakimś wytyczonym nam posterunku. Rzeczą ludzką i zrozumiałą jest, że wybieramy sobie takie posterunki, które odpowiadają naszym zamiłowaniom i pozwalają na ułożenie sobie naszego prywatnego życia. Ale czasem zachodzi potrzeba, by bez względu na chęci, czy wygodę posterunek jakiś był obsadzony przez sprawnego wartownika. I takich posterunków jest dużo, a ludzi brak. Na takie właśnie posterunki zobowiązujemy się iść*

*po ukończeniu Szkoły my, stypendystki szkolne. Zobowiązujemy się wstępując do Szkoły, ale czy otrzymawszy dyplom, zobowiązania dotrzymujemy?*

*Nie mogę roztrząsać wszystkich przypadków nie wypełniania warunków przyjętych. Są przyczyny ważne i osądza je sama Szkoła; nie mam zamiaru wydawać o tym sądów. Apeluję tylko do wszystkich moich teraźniejszych i przyszłych koleżanek-stypendystek, by dla prywaty nie opuszczały szeregów. To nie jest tylko ich prywatna sprawa, to jest sprawa nasza, wspólna. Nam na naszych placówkach jest niejednokrotnie ciężko i źle. I bywają takie momenty, że zatrzymuje nas na miejscu jedynie poczucie obowiązku, a tu dochodzą nas wieści o tych, które w ten czy inny sposób uwolniły się od niemiłego, czy niewygodnego stanowiska. Czy to może w ciężkich chwilach dźwigać na duchu? Nie, to może tylko słabnącą energię jeszcze bardziej osłabić.*

*Z wielką przykrością stwierdzam złe skutki tych przykładów dezercji. W pozostałych, przerzedzonych szeregach panuje zniechęcenie. Otrząśnijmy się z tego. I dlatego zwracam się do Was Koleżanki-Stypendystki, byśmy głębokim zrozumieniem swojej Służby były nawzajem sobie podporą. Dajmy dobry przykład tym, które po nas wstępują do Szkoły. Nie stańmy się powodem, by one miały kiedyś zlekceważyć swój obowiązek. Przeciwnie. Natchnijmy je otuchą, przekonajmy je, że Służba czyni nas hartowniejszymi i czy nam dobrze, czy źle, to na tej Służbie trwamy!*

*JANINA WIRGOCKA*
*stypendystka Warsz. Szkoły Pielęgniarstwa*
*(Polesie)*

---

## KOMUNIKAT P. S. P. Z.

W związku z licznymi zapytaniami w sprawie przyjęcia do P. S. P. Z. pielęgniarek, które zdały egzamin państwowy z pielęgniarstwa na zasadzie Ustawy o pielęgniarstwie z dnia 21 lutego 1935, komunikujemy, że XIII Walny Zjazd podczas obrad swych w Warszawie w dniach 19 i 20 listopada 1938, postanowił wprowadzić poprawki do statutu P. S. P. Z. pozwalające przyjąć do P. S. P. Z. pielęgniarki wyżej wymienione jako członków nadzwyczajnych. Statut P. S. P. Z. zostanie, po zatwierdzeniu, wydrukowany w „Pielęgniarce Polskiej", pielęgniarki wyżej wymienione znajdą w nim prawa, przywileje i obowiązki członków. Następnie dopiero podamy komunikat, wyjaśniający, w jaki sposób nowi członkowie będą mogli się zgłaszać do kół P. S. P. Z. w poszczególnych miastach.

## W SPRAWIE REJESTRACJI PIELĘGNIAREK

Ministerstwo Opieki Społecznej zamierza wydać pierwszy urzędowy spis lekarzy, lekarzy-dentystów, farmaceutów i osób wykonujących samodzielnie zawody pomocnicze. Do tej grupy zostały wliczone również pielęgniarki. Spis ma się ukazać w pierwszej połowie 1939 roku według stanu faktycznego na dzień 1. I. 1939. W interesie pielęgniarek, które nie zarejestrowały się jeszcze w urzędach wojewódzkich (na m. st. Warszawę Komisariat Rządu), leży jak najśpieszniejsze dokonanie tej formalności, gdyż pielęgniarki nie zarejestrowane mogą nie być umieszczone w spisie. Spis będzie wydawany co kilka lat. Dla dobra zawodu pielęgniarskiego byłoby pożądane, aby w I spisie oficjalnym znalazły się wszystkie osoby, posiadające uprawnienia pielęgniarskie.

Celem zarejestrowania się, należy przedłożyć we właściwym województwie dyplom szkoły pielęgniarstwa lub egzaminu państwowego, dowód obywatelstwa (może być na dowodzie osobistym), metrykę urodzenia lub ślubu, świadectwo lekarskie wydane przez lekarza dowolnie obranego i życiorys.

---

# PIELĘGNIARKA POLSKA

## ROCZNIK X, 1938

## Spis rzeczy

## STRESZCZENIA ARTYKUŁÓW I REFERATÓW:



## KRONIKA, KOMUNIKATY, RÓŻNE:



Wśród książek:



*W znaczeniu stronnic w numerze 5 wkradł się błąd: zamiast zacząć paginację od str. 113, zaczęto ją od str. 213. Mimo zauważenia błędu, prowadziliśmy w następnych numerach paginację dalszą, aby, wobec ciągłego powoływania się na stronnice, zwłaszcza w „Wytycznych pracy pielęgniarki społecznej“, nie utrudniać Czytelnikom orientacji.*

---

## ERRATA

W Nr. 11, 1938, na str. 338 w „obserwacji i pielęgnowaniu“ opuszczono przez omyłkę druku wiek dziecka obserwowanego; zdanie powinno brzmieć: „w dniu 3 września 1938 roku przyjęto do szpitala Bogusię H. lat 7“.


Redaktor i wydawca odpowiedzialny: Hanna Chrzanowska.

Adres Administracji: Maria Starowieyska, Kraków, ul. św. Tomasza L. 37.

Drukarnia Udziałowa w Krakowie, ul. św. Tomasza 37, pod zarządem Romana Ferka.

W następnym, lutowym numerze

# „PIELĘGNIARKI POLSKIEJ“

rozpoczynamy

## cykl artykułów i wskazówek metodycznych i praktycznych z zakresu pielęgniarstwa społecznego

Komisja Pielęgniarstwa Społecznego P. S. P. Z. pragnąc przyjść z pomocą koleżankom pracującym na prowincji, zwróciła się do szeregu doświadczonych pielęgniarek, które zgodziły się drogą korespondencji udzielać wskazówek z poszczególnych działów pracy.

**Z zakresu walki z alkoholizmem** — p. *Julia Czyrycka,* Warszawa, I Ośrodek Zdrowia i Opieki, Puławska 91.

**Z zakresu walki z chorobami wenerycznymi** — p. *Bronisława Gubrynowiczowa,* Warszawa, Wydział Opieki Społecznej i Zdrowia Publicznego Zarządu Miejskiego w Warszawie, Złota 74

**Z zakresu higieny szkolnej** — p. *Halina Legutko,* Kraków, Kopernika 25, Uniw. Szkoła Pielęgniarek.

**Z zakresu opieki nad matką i dzieckiem** — p. *Kazimiera Weinertowa,* Warszawa, VII Ośrodek Zdrowia i Opieki, Grochowska 36.

**Z zakresu walki z gruźlicą** — p. *Elżbieta Rabowska,* Warszawa, Polski Związek Przeciwgruźliczy, Karowa 31.

**Z zakresu walki z jaglicą** — p. *Irena Switkowa,* Wilno, Wojewódzki Wydział Zdrowia.

## NOWE WYDAWNICTWA

Włodzimierz Barachura: **Wychowanie w internacie.** Str. 63. Lwów 1938. Nakł. Lwowskiej Biblioteczki Pedagogicznej. Skład: M. Arct. Zł. 1.90.

**Przykładowe jadłospisy dla dzieci,** opracowane przez Sekcję Pomocy Dzieciom Nacz. Wydz. Wykonawczego. Str. 19. Warszawa 1938. Ogólnopolski Komitet Zimowej Pomocy Bezrobotnym.

Dr. M. Jodkowski: **Zaziębienie i jego skutki.** Wydanie 2-gie. Str. 15. Warszawa 1937. Biblioteczka Wiedzy Praktycznej.

Dr. Włodzimierz Missiuro: **Fizjologia Pracy.** Podstawy teoretyczne. Str. 307. Warszawa 1938. Instytut Spraw Społecznych. Sprawy Bezpieczeństwa i Higieny Pracy. Nr. 33. Zł. 4.80.

Dr. Aleksandra Stypułkowska i Dr. Stanisław Stypułkowski: **Dziesięcioletnia działalność poradni dla niemowląt w I-szym miejskim Ośrodku Zdrowia w Warszawie.** Str. 93. Warszawa 1938. Komisja do spraw I. Miejskiej Stacji Higieny Zapobiegawczej.

Dr. Jan Szmurło: **Nowotwory złośliwe krtani.** Część I. Str. 29. Warszawa 1938. Wyd. Eskulap. Monografie lekarskie. Zł. 1.50.

## NADESŁANE

Stefan Dąbrowski, Józef Okińczyc, Jerzy Duhamel: **Medycyna wobec państwa totalnego.** Nakładem „Życia Medycznego", organu Poznańskiego Koła Medyków.

Dr W. Wiszniewski: **Na marginesie prac Sejmu nad Ustawą przeciwgruźliczą.** Odbitka z „Lekarza Polskiego" Nr. 5 r. 1938.

Dr M. Zachert: **Okuliści i ich rozmieszczenie.** Odbitka z „Przeglądu Trachomatologii" zesz. 3 r. 1938.

Dr M. Zachert: **Wrażenia z XV Międzynarodowego Kongresu Okulistycznego w Kairze.** Odbitka z Warszawskiego Czasopisma Lekarskiego Nr. 17 r. 1938.

**Przyjaciel chorych,** książka do nabożeństwa dla chorych. Nakładem Konwentu Bonifratrów w Krakowie.

Marian Pilarski: **Najważniejsza pomoc w chorobie.** Nakładem OO. Redemptorystów — Tuchów.

**W walce o własny pogląd na świat.** Pamiętnik absolwentki Uniwersytetu Ludowego z przedmową dr M. Wachowskiego. Poznań 1938 r. Poznańskie Towarzystwo Pedagogiczne.